Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Química y farmacia
Departamento de Farmacia

TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS FARMACÉUTICAS

"Estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia"

Autor: *Alcides Reina Fis*

Tutor: *Lic. Rayza Marrero Toledo*
Dr.C. Abdel Bermúdez del Sol

Asesor: *M.Sc. Eligio Barreto*

Curso 2008-2009
"Año del 50 Aniversario de la Revolución"

Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.
Detrás de cada logro, hay otro desafío.

Anónimo

El arte de curar consiste más en evitar la enfermedad y precaverse de ella por medios naturales que en combatirla por medios violentos, e inevitablemente dañosos para el resto del sistema, cuyo equilibrio es puesto a continuación en beneficio del órgano enfermo

José Martí

Dedicatoria

Queridos mamá y papá:

Para las personas las cuales son ellas unas de mis razones de vivir, y aun que un día dejen de existir en este mundo, tan solo con pensar en ellas, llevan mi vida a una felicidad sin límite. A ellas dedico mis días y noche de estudio que han dado como resultado este trabajo. En especial:

- *A mis padres Noemí y Marcelino por el amor, el cariño, sus oraciones pidiéndole a Dios por mi bienestar, el esfuerzo, confianza y la dedicación que me han brindado durante todo el pasar de los años, por ser yo, uno de sus motivos de vivir.*

Alcides

Agradecimientos

Quiero agradecer de manera muy especial a un grupo de personas que hicieron posible que unos de mis sueños se hicieran realidad, y han hecho permisible la realización de este trabajo, ellos son:

- ***A Dios:*** *Por permitir que yo concluyera mis estudios, y se que hasta aquí el me ha ayudado.*

- ***A mis padres:*** *Por su dedicación, amor, apoyo para mi formación, por dedicar parte de sus vidas en mi para llegar dende estoy.*

- ***A mis tutores:*** *Por su ayuda incondicional, por hacer posible la elaboración y conclusión de este trabaja, que creo que sin ellos no hubiera sido posible.*

- ***A mi familia:*** *En especial mi tía (Luciana) Por preocuparse por mis problemas, sus consejos y por su ayuda siempre que la he necesitado.*

También deseo darles mis más calidos agradecimientos a los profesores del departamento de Lic. en Ciencias Farmacéuticas y Química, profesionales que laboran en el CEDIMED, amigos, compañeros y todos aquellos que de cierta forma tuvieron que ver con mi formación profesional, a todos

Muchas gracias.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"

VILLA CLARA

CEDIMED

Centro de Estudios, Documentación e Información de Medicamentos

Hago constar que la presente tesis fue realizada en el Centro de Estudios, Documentación e Información de Medicamentos de Villa Clara (CEDIMED-VC) como parte de la culminación de estudios de la especialidad de Licenciatura en Ciencias Farmacéuticas de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Los resultados de la investigación que sustentan la tesis, son propiedad del CEDIMED y podrán ser utilizados por este centro para los fines que estime conveniente, tanto de forma parcial como total y que además no podrán ser presentados en eventos, ni publicados sin autorización de dicho centro.

Título: Estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia

Firma del Autor

Los abajo firmantes certificamos que el presente trabajo ha sido realizado según acuerdo de la dirección del CEDIMED y del Departamento de Farmacia de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas y el mismo cumple con los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura referido a la temática señalada.

Firmas del Tutor

Firma del Jefe de Dpto.
Donde se defiende el trabajo.

Resumen.

A pesar de la importancia que tiene el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia, el sistema de salud de Santa Clara no cuenta con una estrategia de promoción y educación para la salud que facilite el uso racional de estos en mujeres embarazadas y en período de lactancia; por lo que este trabajo tiene como objetivo: Desarrollar una estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en estas etapas de la vida de la mujer. Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (estudio observacional descriptivo y transversal), utilizando los métodos de la encuesta y la entrevista en el contexto espacial del área de salud del Policlínico Docente “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara en el periodo de Enero-Junio de 2009. Se obtuvo como resultado que un elevado porcentaje de estas mujeres tienen altas necesidades de información sobre el uso de medicamentos. Más de la mitad de estas mujeres mantiene una conducta inadecuada ante el uso de medicamentos (se automedican y no cumplen con la prescripción). Un bajo porcentaje presentan problemas relacionados con la medicación, predominando los del tipo 3. La manera preferida por estas mujeres para recibir información fue mediante charlas educativas, antes del embarazo incluyendo la adolescencia y en el consultorio médico de la familia. Se elaboró una estrategia de intervención educativa para el uso racional de los medicamentos en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Pág.

INTRODUCCIÓN…… 1

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA……..... 4

II.1. El farmacéutico y su rol en el uso racional de los medicamentos…… 4

II.2. Atención farmacéutica. Funciones y objetivos…… 4

II.2.1. Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM)…….. 4

II.2.1. 1. Tipo de problemas relacionados con los medicamentos…… 5

II.3. Prescripción de medicamentos……..... 5

II.4. Uso racional de medicamentos…… 5

II.5. Uso de medicamentos en el embarazo…… 6

II.6. Uso de medicamentos en la lactancia…….. 8

II.7. Sistema cubano de Salud Pública. Atención Primaria de salud…….. 10

II.8. Promoción de salud ……..... 10

II.9. Estrategias de Intervención educativa para la promoción de la salud…… 12

DISEÑO METODOLÓGICO……..... 14

III.1. Aspectos generales del estudio…… 14

III.2. Definición del universo y muestra de estudio…… 14

III.3. Procedimiento metodológico…… 15

III.4. Descripción operacional de variables…… 15

III.5. Métodos de procesamiento y análisis de la información…… 18

III.6. Consideraciones éticas…… 18

RESULTADOS Y DISCUSIÓN……..... 19

IV.1. Necesidades de información sobre el uso de medicamentos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia…….. 19

IV1.1. Necesidades de información según grado de escolaridad…… 19

IV.1.2. Necesidades de información según núcleo temático…… 20

IV.2. Conducta de las mujeres embarazadas y en período de lactancia ante el uso de medicamentos…… 22

IV.3. Problemas relacionados con la medicación……..... 25

IV.3.1. Análisis de los problemas relacionados con la medicación…….. 25

IV.3.2. Consumo de medicamentos por trimestre de embarazo…… 26

IV.3.3. Consumo de medicamentos según clasificación de riesgo en el embarazo…..... 27

IV.3.4. Consumo de medicamentos en período de lactancia…… 28

IV.4. Qué información, cómo, cuando y donde necesitan las mujeres embarazadas y en período de lactancia…….. 29

IV.5. Estrategia de intervención educativa……..... 32

CONCLUSIONES……..... 33

RECOMENDACIONES…….. 34

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……... 35

ANEXOS

Hoy es bien conocido que el embarazo constituye una de las situaciones de máximo riesgo relacionado con el uso de medicamentos ya que existe un amplio grupo de ellos que se ha relacionado con malformaciones congénitas en recién nacidos. Muchas veces no se tiene una verdadera información sobre el efecto teratogénico de estos, ya que los abortos enmascaran este efecto como un problema de infertilidad, pues la acción del fármaco sobre el embrión, frecuentemente lleva a la muerte de este.[1, 2, 3]

Durante décadas se pensó que la placenta constituía una barrera protectora para el feto, pero los terribles efectos teratógenos de la talidomida en el pasado siglo cambió este concepto de forma dramática, de manera que el feto queda expuesto inevitablemente y, si bien un agente puede ser beneficioso o al menos inocuo para la madre, puede ser nocivo y aún mortal para el embrión o el feto.[4, 5, 6]

Lo ideal sería no tener que utilizar ningún tipo de fármaco durante el embarazo. Sin embargo, esto es prácticamente imposible pues la gestación es un proceso productor de síntomas y los medicamentos son necesarios para mantener la salud de la madre o para ejercer efectos favorables sobre el desarrollo del feto, por lo que la gravidez es una causa potencial de incremento en el uso de medicamentos y el feto es “sumergido en un mar” de fármacos.[4, 5, 7.]

La lactancia materna como alimentación de forma exclusiva, se considera la mejor forma de alimentación para los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida. Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto las ventajas de la lactancia materna tanto para los lactantes como para las madres, las familias y la sociedad en general, considerando no sólo aspectos como la salud y el estado nutricional e inmunológico, sino también el desarrollo psicológico, social, económico y ambiental.

A pesar de ser bien conocidos los beneficios derivados de la misma, existen situaciones en las que dicha práctica resulta preocupante y dudosa. La leche materna es capaz de transportar sustancias que no son deseables ni aconsejables para el niño, tanto desde el punto de vista nutritivo como farmacológico.[8, 9]

El recién nacido presenta características que le hacen especialmente susceptible a los efectos de los medicamentos, su peso corporal es muy pequeño en relación con la madre,

por lo que los niveles sanguíneos toxicológicamente insignificantes en ella, pueden resultar importantes para el neonato. [10]

De suma importancia resulta para la sociedad buscar y aplicar métodos educativos que contribuyan a un uso racional de medicamentos en el embarazo y la lactancia materna, mediante el desarrollo de la promoción de salud[11].

En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promoción de salud es concebida como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.[12]

El artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba, establece el derecho de todos los ciudadanos a que se les atienda y proteja su salud, y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho. El pilar fundamental del sistema de salud cubano está articulado a la atención primaria y la medicina familiar con intervenciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación[13].

Uno de los principales problemas que debe enfrentar el equipo de salud en la comunidad, es el uso inadecuado de los medicamentos, [14] que se hace más sensible en el caso de poblaciones especiales como son los niños, los ancianos y las mujeres embarazadas y en período de lactancia. La solución de esta problemática debe estar encaminada no solo al control adecuado de la farmacoterapia, sino también a una intensa y permanente labor educativa[15] protagonizada por el profesional farmacéutico.

A pesar de la importancia de esta temática, el sistema de salud del municipio de Santa Clara no cuenta con una estrategia que involucre acciones de promoción y educación para la salud y que esté encamina a facilitar el uso racional y seguro de los medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia; es por eso que este trabajo tiene como objetivos:

Objetivo General.

Desarrollar una estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Objetivos Específicos.

1. Determinar las necesidades de información para el uso racional de medicamentos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.
2. Determinar la conducta de las mujeres embarazadas y en período de lactancia ante el uso de los medicamentos
3. Caracterizar los Problemas Relacionados con la Medicación en los tratamientos farmacológicos establecidos en estas mujeres.
4. Determinar la manera, momento y lugar en que las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia desean recibir información sobre el uso de medicamentos en estas etapas.
5. Elaborar una estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Revisión bibliografica

II.1. El farmacéutico y su rol en el uso racional de los medicamentos.

En el ámbito comunitario, los servicios farmacéuticos comprenden toda gestión que garantice una farmacoterapia óptima y el cumplimiento de la legislación vigente, ofreciendo información y asesoramiento a quienes prescriben, indican o usan productos farmacéuticos. Esto implica un compromiso con el destinatario desarrollando actividades para asegurar un uso adecuado de los medicamentos, con una responsabilidad compartida con el resto de profesionales del equipo de salud y con los pacientes para contribuir al éxito de la farmacoterapia[16, 17].

II.2. Atención farmacéutica. Funciones y objetivos.

La Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento fármaco-terapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente[18].

El núcleo fundamental de la Atención Farmacéutica es una estrecha relación entre el farmacéutico y el paciente con el fin de prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos[18, 19].

II.2.1. Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM).

Un PRM es un problema de salud, vinculado con la farmacoterapia de un paciente, que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en ese paciente; entendiendo como problema de salud: *todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del agente de salud, incluido el propio paciente*[19]. Los PRM son elementos de proceso (entendiendo como tal todo lo que acontece antes del resultado), que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un Resultado Negativo de la Medicación[18].

II.2.1. 1. Tipo de problemas relacionados con los medicamentos. [19]

PRM tipo 1. El paciente no usa los medicamentos que necesita.

PRM tipo 2. El paciente usa medicamentos que no necesita.

PRM tipo 3. El paciente usa un medicamento que está mal seleccionado.

PRM tipo 4. El paciente usa una dosis o pauta inferior a la que necesita.

PRM tipo 5. El paciente usa una dosis o pauta superior a la que necesita.

PRM tipo 6. El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa (RAM).

II.3. Prescripción de medicamentos.

La prescripción de medicamentos que realiza el profesional de la salud es un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta el paciente. Después de establecido el diagnóstico definitivo se requiere de un ejercicio de inteligencia clínica para valorar cuál será la mejor estrategia terapéutica (farmacológica o no), entre todas las posibles alternativas existentes.

La selección correcta de un fármaco se debe realizar tomando en cuenta los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Se debe brindar un apropiado esquema de tratamiento, de acuerdo con las características individuales del paciente. Si importante es tomar la decisión de iniciar una terapéutica determinada, más importante aún es garantizar un seguimiento apropiado de la conducta prescriptiva y planificar una evaluación sistemática, no solo de la evolución clínica de la enfermedad, sino de las consecuencias de ese tratamiento (relación beneficio-riesgo) en la práctica clínica real[20].

II.4. Uso racional de medicamentos.

El uso racional de medicamentos consiste en que cada paciente tome en el momento oportuno, durante el período de tiempo necesario, en la dosis y forma farmacéutica adecuadas, el medicamento que más conviene a su situación clínica, al menor costo posible para él y para la comunidad[21]. El uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior.

Para encargarse del problema del uso irracional de medicamentos, habría que supervisar regularmente la prescripción, la dispensación y el uso de los mismos por los pacientes. Debe tenerse en cuenta además:

- **Tipos** de uso irracional, para que puedan aplicarse distintas estrategias a problemas específicos cambiantes;
- **Volumen** de uso irracional, para conocer el tamaño del problema y poder supervisar el impacto de las estrategias utilizadas;
- **Motivos** por los que se utilizan de modo irracional los medicamentos, para poder así elegir estrategias adecuadas, eficaces y factibles.

II.5. Uso de medicamentos en el embarazo.

Es bien conocido que el embarazo constituye una de las situaciones de máximo riesgo relacionado con el uso de medicamentos ya que existe un amplio grupo de ellos que se ha relacionado con malformaciones congénitas en recién nacidos[1, 2, 3]. Durante el embarazo coexisten dos vidas, por lo que habrá que tener siempre presente que los fármacos utilizados no perjudiquen a ninguna de las dos. Además, el feto en formación es especialmente vulnerable a los posibles efectos de cualquier medicamento que ingiera la madre. Estos pueden ser nocivos causando desde alteraciones leves, pasajeras o reversibles hasta malformaciones o situaciones que pueden poner en peligro el embarazo[22].

Ciertos medicamentos, cuando son tomados durante los tres primeros meses del embarazo, pueden interferir en el desarrollo del feto y causar anormalidades. Estos fármacos se denominan teratógenos y a los efectos mencionados sobre el feto se les conoce como efectos teratogénicos[23].

Por razones éticas, hay pocos estudios clínicos controlados para evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos durante el embarazo. Por ello la información disponible proviene en general de estudios retrospectivos o reportes de casos. Sin embargo, en los últimos años se están publicando estudios prospectivos de cohorte en mujeres embarazadas con patologías que requieren ineludiblemente el uso de medicamentos.

El efecto de un fármaco en el feto está determinado fundamentalmente por la edad fetal, la potencia farmacológica y la dosis. Los fármacos administrados antes del día 20 tras la

fertilización pueden tener un efecto de «todo o nada», es decir, produce la muerte del embrión o no lo afecta en absoluto. Durante esta etapa no es probable que se produzca teratogenia. El período de órgano-génesis es crítico para la producción de teratogenia. Los fármacos que llegan hasta el embrión en esta etapa pueden no tener ningún efecto considerable o bien pueden dar lugar a un aborto, un defecto anatómico grosero subletal (el verdadero efecto teratógeno) o un defecto metabólico o funcional sutil que puede manifestarse en fases más tardías de la vida (embriopatía encubierta).

Los fármacos administrados después de la órgano-génesis (en el segundo y tercer trimestre) no suelen ser teratogénicos, pero pueden afectar el crecimiento y la función de ciertos órganos y tejidos fetales formados normalmente[22].

Según su potencialidad de producir daño fetal, los medicamentos se clasifican en diferentes categorías. Estas categorías son universalmente aceptadas y suelen ser útiles para guiar las decisiones de prescripción de fármacos durante la gestación en función de la relación riesgo-beneficio[24].

En 1979, la “Food and Drugs Administration” (FDA) publica en su boletín una categorización de medicamentos a ser usados durante el embarazo. Esta categorización definió en un comienzo 4 categorías (A-B-C-D), su última actualización fue realizada en el 2007[25], donde se adiciona una quinta categoría (X). El objeto de cada una de las categorías es definir la relación entre los potenciales beneficios de los fármacos y perjuicios a ellos atribuidos.

A – Estudios adecuados bien controlados no han encontrado riesgo fetal en el primer trimestre del embarazo y no han demostrado evidencia de riesgo en los últimos trimestres. El daño al feto es remoto (medicamentos de primera elección).

B – Estudios de reproducción en animales no han demostrado efectos adversos, pero no hay estudios clínicos bien controlados en embarazadas (medicamentos de segunda elección).

C – Estudios controlados en animales han mostrado efectos adversos sobre el feto, pero no hay estudios bien controlados en humanos. Su administración se justifica si el beneficio potencial es importante a pesar del posible riesgo fetal, y si no hay medicación de las categorías A o B.

D – Existen datos de riesgo fetal en experiencias investigativas, registros de reacciones adversas en humanos y sólo se justifican en caso de amenaza de la vida y no se conoce una medicación más segura.

X – Existe evidencia de daño fetal en animales y humanos y los perjuicios superan ampliamente los beneficios. Están contraindicados en mujeres embarazadas o que puedan quedar embarazadas.

II.6. Uso de medicamentos en la lactancia.

La importancia de la lactancia materna es indiscutible por toda una serie de ventajas tanto para el niño como para la madre. A pesar de ser bien conocidos los beneficios derivados de la misma, existen situaciones en las que dicha práctica resulta preocupante y dudosa[8,9]. Los medicamentos que se administran a la madre pueden, teóricamente, pasar a la leche y ser ingeridos por el niño. En principio, las madres lactantes deben emplear únicamente aquellos fármacos que sean estrictamente necesarios. El médico valorará el riesgo potencial en cada caso concreto, así como la dosis y la duración del tratamiento, y decidirá el régimen terapéutico a establecer. Cualquier medicamento administrado a la madre puede atravesar el endotelio de los capilares hacia las células alveolares y ser secretado con la leche. Los fármacos administrados por vía parenteral aparecen tempranamente en la leche materna. Por la vía oral, la cinética de absorción rige la cronología de su excreción hacia la leche[9, 11].

Está claro que deberá considerarse la suspensión de la lactancia si la mujer que amamanta necesita inevitablemente un tratamiento farmacológico, la última decisión se tomará en cada caso particular considerando la necesidad específica y la modalidad terapéutica.

Los fármacos en la leche no siempre ejercen efectos perjudiciales para el niño, ya que el medicamento puede ser farmacológicamente inactivo, destruido en el aparato gastrointestinal o simplemente no absorbido. De todos modos, el neonato y el lactante pequeño son particularmente susceptibles a los efectos de los fármacos; tienen bajo peso, riñones e hígados inmaduros y su capacidad de eliminar medicamentos es inferior a la de su madre, por lo que se puede producir acumulación de los mismos. La toxicidad temprana puede quedar enmascarada por la falta de síntomas o por la dificultad de

interpretar un comportamiento de queja inespecífica.

A continuación se listan las categorías de seguridad de los fármacos durante la lactancia [10, 26].

Categoría A: Compatible con la lactancia. Medicamentos que no han mostrado riesgos para el lactante, por lo que, en principio, podrían administrarse a la madre durante la lactancia.

Categoría B: Precaución. Medicamentos que podrían utilizarse con precaución durante la lactancia vigilando la posible aparición de efectos secundarios en el lactante. Se trataría de medicamentos relativamente contraindicados en ciertas condiciones clínicas determinadas del lactante, o determinadas dosis o vía de administración.

Categoría B*: Precaución por no disponerse de datos sobre su excreción en leche materna. Se recomienda utilizar un medicamento alternativo más seguro durante la lactancia. En ocasiones, aunque no se disponga de datos sobre la excreción en leche materna, la consideración teórica de sus características fisicoquímicas o farmacocinéticas puede hacer que no se recomiende la utilización del fármaco por existir un riesgo significativo de toxicidad.

Categoría C: Contraindicado. Medicamentos contraindicados por haberse descrito efectos secundarios graves o porque se considere elevada la probabilidad de que ocurran.

Factores que determinan la excreción de los medicamentos en la leche materna: [27, 28]

1. Factores Maternos.
   - Dosis administrada.
   - Intervalo de administración.
   - Cantidad de leche producida por la madre.
   - Flujo sanguíneo mamario.
2. Factores relativos al niño.
   - Capacidad de succión.
   - Tiempo transcurrido desde la administración del medicamento a la madre.
3. Factores relacionados con el propio medicamento.
   - Ionización.
   - Liposolubilidad.
   - Unión a proteínas.

- Peso molecular.

II.7. Sistema cubano de Salud Pública. Atención Primaria de salud

El artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba[30], establece el derecho de todos los ciudadanos a que se les atienda y proteja su salud y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho con la prestación de la asistencia médica gratuita, mediante la red de instalaciones de servicios médicos.

El sistema de salud cubano parte de la concepción integral de la salud conformando un conjunto de unidades administrativas, de servicio, producción, docencia e investigación. Ha logrado una cobertura sanitaria total en todo el país, un ejercicio social de la atención así como una participación activa y organizada de la población. Su pilar fundamental está articulado a la Atención primaria y la medicina familiar con intervenciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación[13].

El concepto actual de atención primaria de salud tiene su origen en la 28 Asamblea Mundial de la Salud (1975) y se consolidó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Almá-Atá, 1978[30,31]. En el punto VI de la Declaración de esta Conferencia se le define como, "[…] el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo que aproxima la asistencia sanitaria lo más posible adonde la población vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" y destaca su importancia actual como, "[…] la función central y la base principal del sistema nacional de salud". En el punto VII.2 de dicha Declaración se define su moderna proyección al decir que: "Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, comprendiendo al menos las actividades de educación sobre los principales problemas detectados"

II.8. Promoción de salud

La Promoción de Salud puede ser interpretada como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos, es un nuevo enfoque, cualitativamente superior al tradicional

de la salud pública, es incluso un nuevo paradigma. Para OMS/OPS es indistintamente "una estrategia" o una "Función Esencial" de la salud pública. No obstante, a pesar de las diferentes acepciones asumidas o en debate, hay consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales y personas, en la construcción social de la salud.

Desde Winslow (1920), hasta Ottawa (1986) y más recientemente Bangkok (2005), de forma paralela a la sucesión de diferentes cónclaves mundiales, vinculados al campo de la promoción de salud, este tema ha comenzado a adquirir un espacio cada vez mayor en una multiplicidad de ámbitos y, aunque para los que recién se aproximan a este camino representa sólo un nuevo término a incorporar en el discurso cotidiano, o tal vez una interrogante teórica no satisfecha, o para otros un enfoque epistemológico de mayor alcance; hay consenso en que la promoción de salud se reconoce como una vía para alcanzar niveles de salud deseables para toda la humanidad.

Hoy en día, a pesar de ese progreso del concepto de *Promoción de Salud* muchos profesionales y ejecutores, muestran desconocimiento y limitaciones tanto en su alcance como en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina[32].

La *promoción de la salud,* según la Carta de Ottawa (1986), consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva [33, 34].

La Carta de Ottawa supone, además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio, el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Pública que supera los problemas en décadas anteriores. La Salud Pública está muy influida por la corriente bioética, y hasta el momento no se ha preocupado mucho de desarrollar un proceso de razonamiento práctico parecido que aliente, no ya las decisiones profesionales del médico, sino las del salubrista. No es ajeno sin duda a este retraso el hecho de la mayor profesionalización de la medicina como profesión liberal y la ya comentada insuficiente profesionalización de la Salud Pública [35].

Con el perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud con tecnologías apropiadas dirigidas al

individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social como guía fundamental de actuación en la atención primaria [36].

II.9. Estrategias de Intervención educativa para la promoción de la salud

La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana.

El análisis entre lo que se aspira para la promoción de la salud dado por las estrategias y la descripción de lo que ocurre en realidad, impone la necesidad de buscar vías concretas para lograr una promoción de la salud más efectiva, específicamente en los grupos involucrados en el Programa Materno Infantil [37].

La Estrategia tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado real hasta un estado deseado. Ha sido concebida como la manera de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos [38].

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. Permite definir qué hacer para transformar la situación existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con misiones organizativas, metas, objetivos básicos a desarrollar en determinados plazos, recursos mínimos y métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas [39].

La estrategia de intervención presupone partir de un diagnóstico en el que se evidencia un problema, así como la proyección y ejecución de un sistema de acciones intermedias, progresivas y coherentes que permitan alcanzar los objetivos propuestos.

El término intervención implica la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada se refiere al proceso de educación para la salud[40].

En la literatura se presentan diferentes esquemas metodológicos para ordenar las etapas de la estrategia, a los efectos de este análisis se han seguido las recomendaciones publicadas por Peter Drucker con respecto a la planeación de las organizaciones[39].

En la elaboración de la Estrategia de Intervención deben estar presentes los siguientes elementos:

- Existencia de insatisfacciones respecto a los fenómenos, objetos o procesos en un contexto: diagnóstico de la situación actual, qué es lo que se necesita intervenir.
- Definición de la misión: referida a delimitar qué se debe hacer.
- Planteamiento de objetivos: cuáles son los propósitos de la intervención.
- Establecimiento de las metas: proporcionan un sentido de dirección y la organización del sistema refuerza su motivación; encuentran una fuente de inspiración para rebasar los inevitables obstáculos detectados; permiten enfocar los esfuerzos e integrar las acciones; guían la planificación de las actividades y ayudan a evaluar el progreso.
- Análisis del ambiente: facilita la identificación de cuáles aspectos del ambiente ejercerán influencia para alcanzar los objetivos, así mismo permite descubrir cuáles son las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan. Este paso se clasifica en dos tipos de análisis: análisis externo cuyo objetivo consiste en identificar las oportunidades y amenazas en el ambiente operativo de la organización en el Grupo Básico de Trabajo, y el análisis interno que permite fijar con exactitud las fortalezas y debilidades de la organización. Posteriormente se toman las decisiones estratégicas a partir de una serie de alternativas dadas por las fortalezas y debilidades internas combinadas con las oportunidades y amenazas externas, de forma tal que se aprovechen las fortalezas y oportunidades, se fortalezcan las debilidades internas, y se neutralicen las amenazas externas.
- Definición de las acciones que respondan a los objetivos trazados: alternativas determinadas, recursos y métodos para viabilizar la ejecución.
- Evaluación de los resultados: realizar monitoreo de su ejecución y valorar si está efectuándose la estrategia tal como fue planeada, si están lográndose los resultados deseados lo cual posibilitará establecer las medidas correctivas oportunamente[39].

Una efectiva planeación estratégica, definida como la relación entre los objetivos propuestos y los resultados alcanzados bajo las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo puede lograr la creativa integración de los recursos existentes[41].

Diseño metodológico

III.1. Aspectos generales del estudio

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), el tipo de estudio fue observacional descriptivo, de corte transverso, que utilizó los enfoques cuantitativo y cualitativo según las diferentes etapas y tareas de investigación, el contexto espacial fue el área de salud del Policlínico Docente “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara en el periodo de Enero a Junio de 2009. En la primera etapa de la investigación se realizó un diagnóstico de necesidades de información y conducta en el uso de medicamentos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia y en la segunda etapa se diseñó la propuesta de estrategia de intervención.

III.2. Definición del universo y muestra de estudio

Universo de pacientes: Mujeres embarazadas y en período de lactancia pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara.

Muestra de pacientes: Se aplicó un muestreo por conglomerados monoetápico en el cuál fue seleccionado al azar un Grupo Básico de Trabajo (GBT) de los 3 que conforman el área de salud y en el mismo se estudió a la totalidad de las mujeres embarazadas y en período de lactancia, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión.

Dada la heterogeneidad de la población fue dividida en 2 estratos: —

1er Estrato: Mujeres embarazadas.

Criterios de Exclusión

- Mujeres embarazadas que no acepten participar en la investigación.
- Mujeres embarazadas con enfermedad mental

2do Estrato: Mujeres en período de lactancia.

Criterios de Exclusión

- Mujeres en período de lactancia que no acepten participar en la investigación.
- Mujeres en período de lactancia con enfermedad mental.

La muestra de las mujeres embarazadas fue tomada en la consulta de seguimiento del embarazo por el médico del consultorio de la familia y el ginecobstetra del área y la de mujeres en período de lactancia en los Consultorios Médicos de la Familia(CMF) en las Consultas de niños lactantes con el Pediatra.

III.3. Procedimiento metodológico

El primer paso en la investigación fue obtener el Consentimiento Informado por escrito (Anexo 1) de cada una de las mujeres embarazadas y en período de lactancia que participaron en la misma.

A continuación se les aplicó una entrevista estructurada para cada estrato (Anexo 2 y 3), de la que se obtuvieron las necesidades de información sobre el tema para la elaboración del Programa Educativo. Además se obtuvieron los tratamientos farmacológicos de las pacientes en el periodo de estudio y se pudieron establecer los Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) según las categorías previamente establecidas[42] (Anexo 4).

La conducta de las pacientes se evaluó en función de la automedicación y el cumplimiento de la prescripción, a partir de la información recogida en las entrevistas. Además, se obtuvieron la manera, momento y lugar en que las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia desean recibir información sobre el uso de los medicamentos.

Para dar solución al Objetivo 5 basado en los problemas identificados en pacientes durante el diagnóstico, se diseñó una estrategia de intervención confeccionada a partir de lo descrito por otros autores[43, 44]. La estrategia incluyó el diseño de un programa de educación para la salud dirigidos a las pacientes y sus materiales de apoyo educativo.

III.4. Descripción operacional de variables

- **Necesidades de Información**: Se refiere al conocimiento que demandan las mujeres embarazadas y en período de lactancia sobre el uso de los medicamentos en estas etapas de la vida. Para la evaluación cuantitativa de la encuesta se utilizó una clave de calificación predeterminada (Anexo 5), luego se llevó a escala cualitativa de ***altas, medias y bajas*** necesidades de información por núcleos temáticos y general.
- **Conducta de la paciente frente a la medicación**: se evaluó en función de la automedicación y el cumplimiento de la prescripción, definiéndose las siguientes categorías.
  - ***Adecuada*** cuando cumplió con la prescripción y no se automedicó
  - ***No adecuada*** cuando no cumpla con los criterios anteriores.

Automedicación: Se refiere al comportamiento de la paciente ante el uso de los medicamentos clasificándose en: *Se automedica* cuando consume los medicamentos por cuenta propia o por el consejo de alguien más y *No se automedica* en caso contrario.

Cumplimiento de la prescripción: Se refiere al comportamiento de las pacientes ante los tratamientos indicados por el personal médico con las siguientes categorías:

a) Cumplidor: cuando siempre toma el medicamento según cantidad indicada, horario y tiempo.

b) No cumplidor: cuando nunca o solo en ocasiones toma el medicamento según cantidad indicada, horario y tiempo.

- **Problemas Relacionados con la Medicación (PRM):** Se refiere a los problemas detectados en los tratamientos farmacológicos de las pacientes, clasificados en 6 categorías según el Primer Consenso de Granada, España[41] (Anexo 4). Se definió en pacientes **con PRM** y **sin PRM**.
- **Actividades educativas:** se refiere a las actividades educativas en cuanto a:
  - **Actividades educativas recibidas:** Se refiere a las actividades educativas que han recibido las mujeres embarazadas y en período de lactancia sobre el uso racional de medicamentos con las categorías **Si** cuando hayan recibido las actividades educativas y **No** en caso contrario.
  - **Actividades educativas necesarias:** Se define como la necesidad planteada por las mujeres embarazadas y en período de lactancia de recibir actividades educativas sobre el uso racional de medicamentos con las categorías: **Si** en el caso de que refieran necesarias las actividades educativas y **No** en caso contrario.
- **Tipo de información a recibir:** se refiere a los temas de actualización que solicitan las mujeres embarazadas y en período de lactancia sobre el uso racional de medicamentos. La variable se dividió por los estratos definidos con las siguientes categorías:

  1. **Mujeres embarazadas**
     - Medicamentos y beneficios
     - Medicamentos y riesgos
     - Medicamentos y etapas del embarazo

- Todo

2. **Mujeres en período de lactancia**
   - Medicamentos y beneficios
   - Medicamentos y riesgos
   - Todo

- **Cuándo obtener la información**: Se refiere al momento durante el período de embarazo o período de lactancia en el que las entrevistadas consideran más conveniente obtener la información relacionada con los medicamentos durante estos estadíos, especificándose por estrato con las siguientes categorías:

  Mujeres embarazadas
  - Antes del embarazo (Incluye la adolescencia)
  - Durante la captación del embarazo
  - Durante el embarazo

  Mujeres en período de lactancia
  - Antes del embarazo (Incluye la adolescencia)
  - Durante el embarazo
  - Durante la lactancia

- **Cómo obtener la información**: Se refiere a la forma en la que las mujeres embarazadas y en período de lactancia, prefieren obtener la información sobre el uso racional de medicamentos, definiéndose las siguientes categorías:
  - Charla
  - Boletines informativos
  - Notas radiales
  - Spot televisivos.

- **Dónde acceder a la información**: Se refiere al lugar donde prefieren las mujeres embarazadas y en período de lactancia obtener la información sobre el uso racional de medicamentos, definiéndose las siguientes categorías:
  - Consultorio médico de la familia
  - Comité de Defensa de la Revolución (CDR)
  - Policlínico
  - Centro de educación para la salud

III.5. Métodos de procesamiento y análisis de la información.

Los resultados obtenidos por los instrumentos utilizados fueron almacenados en el sistema general de bases Microsoft Excel para facilitar su análisis y procesamiento mediante el empleo de un software de procesamiento estadístico (SPSS), versión 13 para Windows. Los resultados se expresaron utilizando las diferentes formas de presentación de la información que brinda la Estadística Descriptiva: tablas y gráficos estadísticos, en las que se presentan los datos resumidos a través de frecuencias absolutas y por cientos. En aquellos casos donde las categorías de las variables se consideraron excluyentes se aplicó la prueba de Chi cuadrado para buscar relaciones entre las variables, así como diferencias significativas entre los porcentajes. Como resultado de la aplicación de este test se mostró el estadígrafo correspondiente al mismo (X^2), así como la significación asociada (p). En este estudio fijamos un nivel de significación del 5% (α=0,05). Cuando la significación del estadígrafo de la prueba (p) es menor que α la diferencia o asociación se consideró como significativa.

III.6. Consideraciones éticas.

Todas las mujeres en edad fértil, embarazadas y en período de lactancia del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” tuvieron la misma posibilidad de participar en este estudio.

A la hora de instrumentar científica y metodológicamente la propuesta, el equipo de investigación obtuvo el Consentimiento Informado (Anexo1) de la totalidad de los elementos incluidos en la muestra respetando el principio de la autonomía y garantizando el carácter confidencial de su participación. La información obtenida es confidencial y será archivada garantizando la seguridad de la misma y solo se hará uso de ella con fines científicos, publicándose los resultados para el uso de otros profesionales.

Resaltados y discusión

IV.1. Necesidades de información sobre el uso de medicamentos de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

IV1.1. Necesidades de información según grado de escolaridad.

La muestra de estudio estuvo conformada por 50 mujeres embarazadas y 50 en período de lactancia pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo # 2 del policlínico docente "Chiqui Gómez Lubián" de Santa Clara.

En la tabla 1 se realiza un análisis de las necesidades de información según grado de escolaridad. Entre las mujeres embarazadas predominaron en cuanto a grado de escolaridad las que tenían nivel preuniversitario con un 70 % y las que presentaron necesidades medias de información con un 56%. No se encontró relación significativa entre las necesidades de información y el nivel de escolaridad (X^2=4.55; p=0.208), dándonos esto una justificación clara de que es necesaria la educación para la salud entre todas las mujeres sin importar el nivel de escolaridad, ya que ningún nivel de enseñanza nos prepara para realizar un uso racional de los medicamentos.

Tabla 1. Distribución según grado de escolaridad y necesidades de información de las mujeres embarazadas. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Grado de escolaridad	Altas		Medias		Total	
	#	%	#	%	#	%
Nivel primario	1	50.0	1	50.0	2	4.0
Nivel secundario	1	20.0	4	80.0	5	10.0
Preuniversitario	14	40.0	21	60.0	35	70.0
Universitario	6	75.0	2	25.0	8	16.0
Total	22	44.0	28	56.0	50	100.0

X^2=4.55 g.l.=3 p=0.208

En el caso de las mujeres en período de lactancia también predominaron las del nivel preuniversitario con un 82% y con necesidades de información medias el 52% (Tabla 2). Tampoco se determinó una asociación significativa entre necesidades de información y el nivel de escolaridad de las mujeres en período de lactancia (X2=4.55; p=0.208)

Es planteado en diversas literaturas que las mujeres tienen pocas fuentes de información relacionadas con la seguridad de la exposición a fármacos en el embarazo y la lactancia[45].

Tabla 2. Distribución según grado de escolaridad y necesidades de información de las mujeres en período de lactancia. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Grado de escolaridad	Altas		Medias		Total	
	#	%	#	%	#	%
Nivel primario	1	100.0	0	0.0	1	2.0
Nivel secundario	0	0.0	3	100.0	3	6.0
Preuniversitario	19	46.3	22	53.7	41	82.0
Universitario	4	80.0	1	20.0	5	10.0
Total	24	48.0	26	52.0	50	100.0

X^2=5.95 g.l.=3 p=0.114

IV.1.2. Necesidades de información según núcleo temático.

En cuanto al análisis de las necesidades de información de las pacientes por núcleos temáticos, en ambos estratos los resultados obtenidos fueron similares. En cuanto al tema 1, que es el referido a la posibilidad de poder consumir cualquier medicamento durante el embarazo y la lactancia, el 98% tiene bajas necesidades de información. Entre las justificaciones más comunes que brindaron las embarazadas del porque no era esto posible se encuentran: *para no ocasionar malformaciones en el feto* y *No, porque puedo provocarle daños al feto.* En el caso de las mujeres en periodo de lactancia las respuestas más frecuentes fueron: *porque hay medicamentos que pueden dañar al niño* y *algunos se excretan por la leche materna y le provocan daños al niño*.

Al solicitar que mencionaran medicamentos contraindicados en estas etapas, solo el 44% de las embarazadas contestaron, siendo el metronidazol el mencionado con más frecuencia. Para las mujeres en período de lactancia el resultado es similar pues fue el 46% quien respondió acertadamente, pero en este caso fueron tetraciclina, cloranfenicol y cotrimoxazol los de mayor por ciento, coincidiendo en ambos grupos con fármacos contraindicados en el embarazo y la lactancia[46, 47, 48]. La información fue obtenida en su mayoría, en ambos estratos, a través del personal del consultorio médico de la familia y en ocasiones por la ginecobstetra y el pediatra del área.

En cuanto a los posibles daños en el feto, neonato o bebé, el 96% de las mujeres embarazadas y de las que están en período de lactancia, los desconocen. Pensamos que si tuvieran una noción más clara de la magnitud del problema y cual sería el resultado real

de un uso irracional de fármacos en estas etapas, esto contribuiría a concientizar la situación.

Desafortunadamente, es poca la experiencia con la mayoría de los fármacos en el embarazo y la lactancia a la hora de su comercialización. Aún cuando esta información está disponible, en ocasiones no es accesible a los usuarios. Por estas razones, es de suma importancia que en la actualidad la información sobre los efectos de los medicamentos durante el embarazo y la lactancia esté disponible para mujeres y profesionales de la salud[49].

Estos resultados obtenidos, son en parte consecuencia de las escasas actividades educativas recibidas la muestra, donde solo 40 (40%) pacientes han recibido de forma muy aislada orientaciones sobre los medicamentos en estas etapas. Estas fueron realizadas de manera individual por la doctora o enfermera del consultorio de la familia, y en muchas ocasiones eran respuestas a dudas o preguntas realizadas por las pacientes. Estas a su vez mostraron interés en recibirlas, ya que un total de 98 (98%) mujeres embarazadas y en período de lactancia plantean necesarias las actividades educativas que orienten sobre el uso racional de medicamentos durante el embarazo y la lactancia, para de esta manera estar preparadas y poder enfrentar situaciones con el menor riesgo posible para el feto, neonato o bebé.

Desde los primeros años del triunfo de la Revolución, surge el Programa Materno-Infantil para mejorar la atención a la mujer antes del embarazo y después del mismo. Por ello, se han trazado acciones dirigidas a diferentes partes del programa, y tareas específicas orientadas al personal que directa e indirectamente trabaja en él, de ahí que todo tipo de trabajo que se realice en virtud de mejorar la calidad de vida de la madre y el feto debe ser de importancia para nuestro sector[50].

A pesar de esto, no se han llevado a cabo en esta área de salud la promoción necesaria para un adecuado conocimiento en este campo, sin embargo, según dos investigaciones llevadas a cabo en la provincia sobre intervenciones educativas en la lactancia y en embarazadas, los resultados han sido satisfactorios, pues se ha logrado efectividad mediante el aumento del conocimiento y cambio de actitudes de las involucradas en las mismas[50, 51].

IV.2. Conducta de las mujeres embarazadas y en período de lactancia ante el uso de medicamentos.

Para un uso racional de los medicamentos es preciso que se prescriba el apropiado y que se tome en las dosis indicadas y a los intervalos, y durante el tiempo prescrito. El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad y seguridad aceptadas[52, 53].

En la tabla 3 se aprecia que el 40 % de la muestra se automedica. Al analizar los estratos por separado se encontró que en las embarazadas existe una diferencia significativa entre los por cientos correspondientes a la automedicación y a la no automedicación (X^2=3.92; p=0.048)**.** Sin embargo en las mujeres en período de lactancia, el 44% de las que se automedican no es significativamente menor que el 56% de las que no lo hacen (X^2=0; p=0.396)

Al sentirse enfermas las mujeres embarazadas, 5 plantean que se automedican por cuenta propia o por el consejo de alguien más, mientras que cuando se les preguntó si se habían automedicado plantearon que si lo hicieron 13 de ellas. Entre los medicamentos más frecuentes se encontraron la dipirona y el paracetamol para dolor de cabeza y fiebre, seguido por el dimenhidrinato para las náuseas y vómitos.

Entre las mujeres en período de lactancia, 11 plantearon que se automedican por cuenta propia o por el consejo de alguien más, mientras que los medicamentos que más frecuentemente usan son dipirona, paracetamol, amoxacilina, metoclopramida, cefalexina, dimenhidrinato y metronidazol óvulos.

Tabla 3. Automedicación según grupo de pacientes. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Febrero- Marzo. 2009.

Grupo de pacientes	**Automedicación**			
	Si		**No**	
	#	**%**	**#**	**%**
Mujeres embarazadas	18	36.0	32	64.0
Mujeres en periodo de lactancia	22	44.0	28	56.0
Total	**40**	**40.0**	**60**	**60.0**

X^2=3.92 g.l.=1 p=0.048 (Embarazadas)

X^2=0.72 g.l.=1 p=0.396 (Mujeres en periodo de lactancia)

En el caso del cumplimiento de la prescripción, el 57% de la muestra no cumple con la misma, siendo también el grupo de mujeres en período de lactancia las que representan el mayor por ciento con el 70% de su total, encontrándose diferencias significativas entre quienes cumplen y quienes no con la prescripción.(X^2=8.00; p=0.005)

Por otro lado, en las mujeres embarazadas el incumplimiento es en menor medida, sin embargo no es significativa la diferencia entre los por cientos asociados a las categorías de la variable cumplimiento (X^2=0.72; p=0.396), lo que hace preocupante el comportamiento de las mismas (Tabla 4)

Tanto las mujeres embarazadas como las que se encuentran en período de lactancia incumplen con mayor frecuencia el tiempo establecido del tratamiento, pues al ver mejorar los síntomas o signos que padecían ya dejan de administrarse el fármaco prescrito. En menor medida incumplen el horario y la dosis indicada.

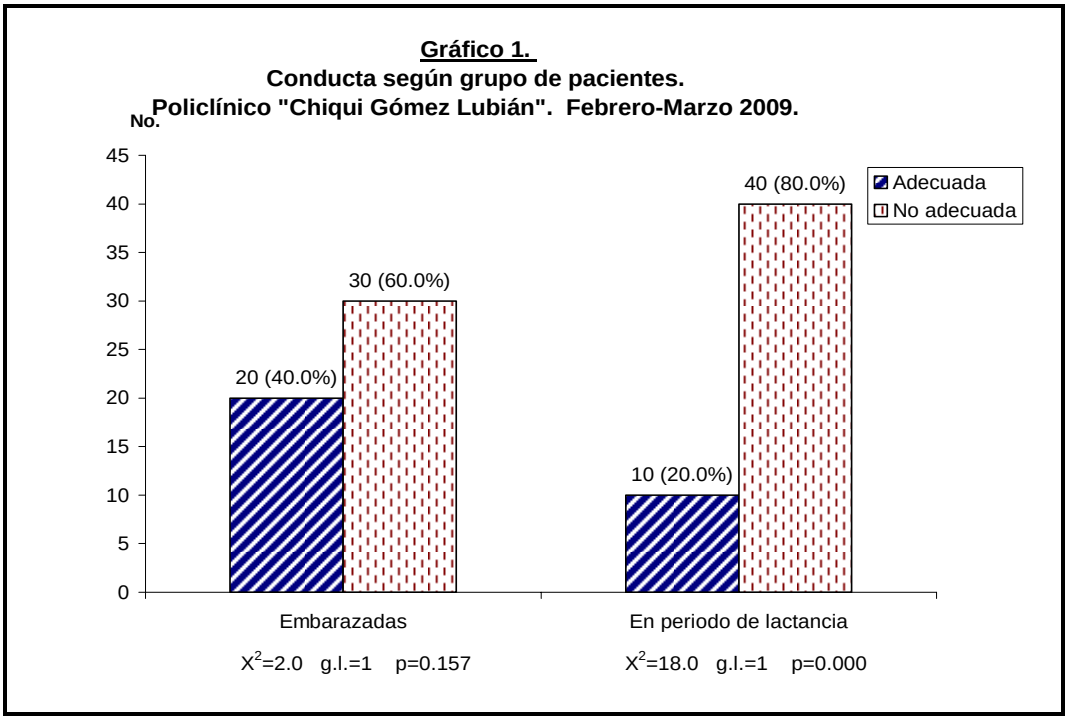
Tabla 4. Cumplimiento de la prescripción según grupo de pacientes. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Grupo de pacientes	**Cumplimiento de la prescripción**			
	Si		**No**	
	#	**%**	**#**	**%**
Embarazadas	28	56.0	22	44.0
En período de lactancia	15	30.0	35	70.0
Total	**43**	**43.0**	**57**	**57.0**

X^2=0.72 g.l.=1 p=0.396 (Embarazadas)

X^2=8.00 g.l.=1 p=0.005 (Mujeres en periodo de lactancia)

En el gráfico 1 se muestra la distribución de los estratos según conducta ante el uso de medicamentos, teniendo en cuenta la automedicación y el cumplimiento de la prescripción, donde el 60% y el 80% de las mujeres embarazadas y en período de lactancia respectivamente, mantienen una conducta no adecuada.



Las diferencias entre los por cientos correspondientes a las categorías de la conducta no son significativas en las embarazadas (X^2=2.0; p=0.157) y si lo son en las mujeres en período de lactancia (X^2=18.0; p=0.000)

En el estado de embarazo las mujeres tienen un poco más de cuidado con estos aspectos, aunque debieran tener un comportamiento más racional teniendo en cuenta los daños que este pudiera traer para el feto. No todos los medicamentos utilizados durante el embarazo están bien categorizados y algunos pueden no ser tan seguros, por lo que la utilización de cualquier medicamento durante la gestación debiera limitarse a aquéllos estrictamente imprescindibles, por lo que es de gran necesidad no automedicarse[54].

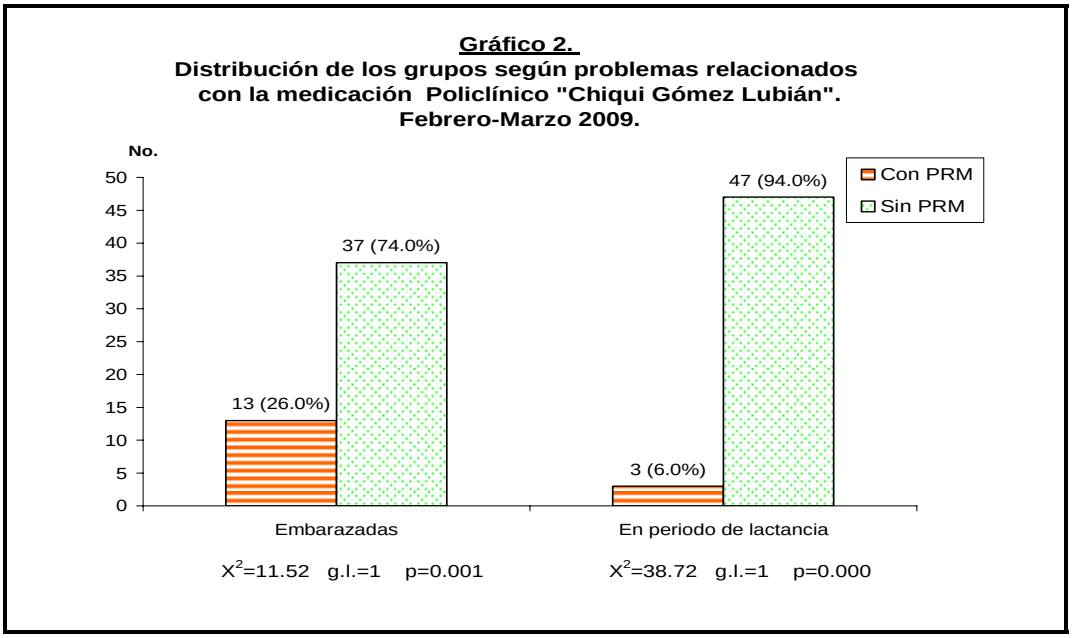
Entre las doce intervenciones fundamentales declaradas por la OMS para promover un uso más racional de los medicamentos se encuentra la educación sanitaria dirigida a pacientes y según problemas diagnosticados o poblaciones susceptibles[53].

IV.3. Problemas relacionados con la medicación.

IV.3.1. Análisis de los problemas relacionados con la medicación.

Al realizar el análisis de los tratamientos de cada una de las pacientes se determinó que el 26% (13) y el 6% (3) de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia respectivamente, presentaron problemas relacionados con la medicación (PRM). (Gráfico 2)

Tanto en las mujeres embarazadas (X^2=11,52; p=0.001), como las que están en período de lactancia (X^2=38.72; p=0.000) se constataron diferencias significativas entre los por cientos asociados a la presencia o no de los problemas relacionados con la medicación.



En la tabla 5 se desglosan los tipos de problemas relacionados con la medicación. Entre las mujeres embarazadas, una usa medicamentos que no necesita (PRM 1), 7 usan medicamentos que estando indicados según la patología no están bien seleccionados (PRM 3). Entre estos casos se encuentra el salbutamol, inhibe las contracciones uterinas y puede prolongar el trabajo del parto. Debe utilizarse con precaución, especialmente por vía oral y/o durante el tercer trimestre, aunque el riesgo del tratamiento es preferible al de la hipoxia placentaria. Solamente debe considerarse la administración durante el embarazo y lactancia si el beneficio esperado para la madre es mayor que cualquier

posible riesgo para el feto[55,56]. Con una dosis inferior a la que necesitan de un medicamento correctamente seleccionado (PRM 4) hay 4 pacientes y una con una dosis superior.

Tabla 5. Distribución según grupo de pacientes y tipos de PRM. . Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009

Grupo de pacientes	PRM 1		PRM 2		PRM 3		PRM 4		PRM 5	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Embarazadas	0	0.0	1	6.2	7	43.8	4	25	1	6.2
En periodo de lactancia	1	6.2	0	0.0	2	12,5	0	0.0	0	0.0
Total	1	6,2	1	6.2	9	56,4	4	25	1	6.2

En el caso de las mujeres en período de lactancia, una paciente usa medicamentos que no necesita (PRM 1) y en dos casos (PRM 3) estando indicados los medicamentos según la patología no están bien seleccionados.

IV.3.2. Consumo de medicamentos por trimestre de embarazo.

El embarazo representa un problema terapéutico único porque hay dos pacientes involucrados, la madre y el feto. Así, una enfermedad materna puede beneficiarse con una determinada actitud terapéutica que a su vez puede ser perjudicial para el feto. Sin embargo, la práctica clínica coincide en que es preferible el beneficio de la madre, aunque intentando siempre minimizar los efectos adversos sobre el feto[57].

Entre las mujeres embarazadas, un total de 30 (60%) estaban consumiendo medicamentos prescritos por el médico, sin incluir las tabletas prenatales, en los diferentes trimestres de gestación que se encontraban. De este total el 23,3% se encontraba en el primer trimestre de gestación. El 36,7% y el 40% se encontraban en el segundo y tercer trimestre respectivamente. Al incluir las prenatales, el por ciento de embarazadas consumiendo medicamentos se elevó a 96%, pues 4 de ellas no las estaban tomando por molestias ocasionadas por este suplemento.

Los efectos de los medicamentos sobre la madre y el feto son muy variados en frecuencia y severidad, pero aquellos fármacos ingeridos durante el primer trimestre de la gestación

(período de embriogénesis) tienen más posibilidades de producir daño. Aborto espontáneo, muerte fetal y/o malformaciones de diferente tipo muchas de ellas incompatibles con la vida o nacidos vivos con diferentes grados de discapacidad. Los medicamentos tomados durante las últimas semanas del embarazo o en el parto pueden alterar órganos y sistemas enzimáticos específicos y afectar al neonato y no al feto[54].

Los resultados aquí obtenidos coinciden con otros estudios realizados, donde entre el 23% y 85% de las mujeres embarazadas usaron medicamentos. Esta proporción aumentaba entre el 92% y 99% cuando se toman en cuenta multivitaminas y minerales. De acuerdo con el registro de embarazadas de Québec en periodo de 6 años el 65,4% recibió prescripción en el primer trimestre de embarazo[58].

IV.3.3. Consumo de medicamentos según clasificación de riesgo en el embarazo.

El sistema de clasificación de los riesgos de los fármacos en el embarazo de la FDA ha sido criticado por no dar con precisión datos sobre la influencia en la edad reproductiva, los riesgos y no contener adecuada información que permita a los médicos tomar decisiones y dar recomendaciones a los pacientes. Se han propuesto cambios y se ha apoyado la importancia que tiene extender a pacientes y profesionales médicos los riesgos del uso de fármacos y la necesidad de sistemas de prescripción segura que incluya mujeres en edad fértil[59, 60, 61].

Tabla 6. Distribución de medicamentos consumidos según categorías de riesgo en el embarazo. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Febrero- Marzo. 2009.

Categorías	1er trimestre(n=7)		2do trimestre(n=11)		3er trimestre(n=12)		Total (n=30)	
	#	%	#	%	#	%	#	%
A	2	28.6	0	0	2	16.6	4	13,3
B	2	28.6	9	81.8	6	50	17	56.7
C	3	42.8	2	18.2	2	16.6	7	23.3
D	0	0	0	0	2	16.6	2	6.7

Leyenda: las categorías están definidas en Revisión bibliográfica.
No existieron distribuciones de frecuencia en la categoría X

Las categorías A y B son consideradas seguras en humanos según la FDA. Los medicamentos con categoría C no han mostrado definitivamente ser dañinos para el feto,

pero existen razones para tener precauciones a la hora de prescribirlos. Los fármacos incluidos en la categoría D han mostrado riesgos en fetos basados en estudios controlados en humanos, pero los beneficios del tratamiento deben estar por encima de los riesgos y los que están en la categoría X están contraindicados[58].

En el estudio predominaron los fármacos con categoría B con un 56,7%. Seguido por los que pertenecen a la categoría C con 23,3%, siendo esto una preocupante porque estos fármacos están así categorizados porque estudios controlados en animales han mostrado efectos adversos sobre el feto, pero no hay estudios bien controlados en humanos; y su administración se justifica si el beneficio potencial es importante a pesar del posible riesgo fetal, y si no hay medicación de las categorías A o B[25].

En la categoría D en el tercer trimestre fue determinada la dipirona.

No todos los medicamentos utilizados durante el embarazo están bien categorizados y algunos pueden no ser tan seguros, por lo que la utilización de cualquier medicamento durante la gestación debiera limitarse a aquéllos estrictamente imprescindibles. Algunos medicamentos se encuentran en más de una categoría ya que su efecto depende de la dosis utilizada, de la vía de administración, la duración del tratamiento y de la edad gestacional[54].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la selección del medicamento es vital, para asegurar su eficiencia y su utilización racional, con el fin de que ello se traduzca en una óptima calidad de la atención en los servicios. En Salud Reproductiva, se deben rechazar aquéllos medicamentos potencialmente dañinos para la madre y/o el feto y adoptar aquéllos demostradamente beneficiosos, aunque hay que tener claro que ningún medicamento es totalmente inocuo[62, 63].

IV.3.4. Consumo de medicamentos en período de lactancia.

El 56% de las mujeres en período de lactancia consumió medicamentos, siendo un poco menor que en las mujeres embarazadas. Estos resultados coinciden con datos publicados en otros estudios, donde entre el 28% y 53% usaron medicamentos durante la lactancia[54], no siendo así en cuanto a la proporción de medicamentos consumidos entre embarazadas y mujeres en período de lactancia, donde de manera más frecuente es mayor entre el segundo grupo de pacientes[64].

Por otra parte, aunque estudios han mostrado que es ascendente el número de mujeres que optan por la lactancia, otro alto número que la interrumpen es por el consejo de sus clínicos. Estudios indican que del 90% al 99% de mujeres en período de lactancia reciben un medicamento en la primera semana postparto[65].

Tabla 7. Distribución de medicamentos según categorías del riesgo en la lactancia. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Categorías	Frecuencia	
	#	%
A	19	38.0
B	12	24.0
B*	0	0.0
C	0	0.0

Leyenda: las categorías se especifican en revisión bibliográfica

IV.4. Qué información, cómo, cuando y donde necesitan las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

En la tabla 8 se recoge información acerca de que tipo de información quisieran las mujeres embarazadas les hicieran llegar, donde el 68% se refiere a *todos los elementos* acerca de los medicamentos y el embarazo, mientras que los *medicamento y riesgos* en un 22%. Los *medicamentos y beneficios y etapas del embarazo* se encuentran en menor porcentaje.

Tabla 8. Distribución según información solicitada por las embarazadas. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Información	Frecuencia	
	#	%
Medicamentos y beneficios	3	6.0
Medicamentos y riesgos	11	22.0
Medicamentos y etapas del embarazo	7	14.0
Todo	34	68.0

En el caso de las mujeres en período de lactancia los resultados son parecidos, pues el 60% solicitó conocer por todo lo relacionado a los medicamentos y la lactancia, seguido de los medicamentos y riesgos con un 32%.

Tabla 9. Distribución según información solicitada por las mujeres en período de lactancia. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Información	Frecuencia	
	#	%
Medicamentos y beneficios	4	8.0
Medicamentos y riesgos	16	32.0
Todo	30	60.0

Al indagar por el momento más oportuno para obtener la información, los mayores por cientos se encontraron en la etapa antes del embarazo la cual incluye la adolescencia, con un 56% y 52% entre las mujeres embarazadas y en período de lactancia respectivamente.

Tabla 10. Distribución según etapas donde obtener la información y grupo de pacientes. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Etapas donde obtener la información	Mujeres embarazadas		Mujeres en período de lactancia	
	#	%	#	%
Antes del embarazo*	28	56.0	26	52.0
Durante la captación del embarazo	12	24.0		
Durante el embarazo	10	20.0	5	10.0
Durante la lactancia			19	38.0

*Incluye la adolescencia

Las investigaciones futuras deben incluir valoraciones más detalladas del uso de medicamentos en la primera etapa del embarazo, dado que en las mujeres de edad reproductiva normalmente las prescripciones incluyen medicamentos de clase D o X[3].

Los médicos asistenciales deben examinar si las mujeres cuyas condiciones médicas necesitan del uso de un medicamento clase D o X, están decididas a involucrase en el

proceso de la maternidad, o reciben métodos anticonceptivos efectivos para prevenir el mismo.

Tabla 11. Distribución según grupo de pacientes y forma solicitada de acceder a la información. Policlínico "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Grupo de pacientes	Charla		Boletines		Notas radiales		Spot televisivo	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Embarazadas	41	82.0	9	18.0	3	6.0	10	20.0
En período de lactancia	30	60.0	17	34.0	0	0.0	21	42.0
Total	**71**	**71.0**	**26**	**26.0**	**3**	**3.0**	**31**	**31.0**

En la tabla 11 se muestra la distribución según grupo de pacientes y la forma en quisieran les hicieran llegar la información, donde las charlas educativas representaron el mayor porcentaje entre mujeres embarazadas y en período de lactancia con un 82.0% y un 60% respectivamente. Las pacientes ven en esta técnica educativa una manera más amena de ser informadas. El spot televisivo fue la otra forma más solicitada por ambos grupos.

En cuanto al lugar de obtener la información el 60% de las mujeres embarazadas y el 50% de las que están en el período de lactancia, creen más conveniente obtener la misma en el consultorio médico de la familia, por verse más involucrados con el personal que allí labora. En ningún caso plantearon asistir al centro de educación para la salud, lugar donde se podrían utilizar más los servicios para los cuales fue creado.

Tabla 12. Distribución según grupo de pacientes y lugar donde obtener la información. Policlínico. "Chiqui Gómez Lubián". Febrero- Marzo. 2009.

Grupo de pacientes	Embarazadas		En período de lactancia	
	#	%	#	%
CMF	30	60.0	25	50.0
CDR	9	18.0	16	32.0
Policlínico	11	22	9	18.0
Centro de educación para la salud	0	0.0	0	0.0

IV.5. Estrategia de intervención educativa.

La estrategia de intervención presupone partir de un diagnóstico en el que se evidencia un problema, así como la proyección y ejecución de un sistema de acciones intermedias, progresivas y coherentes que permitan alcanzar los objetivos propuestos[40].

Los resultados obtenidos mediante el diagnóstico sobre las necesidades de información y la conducta sobre el uso de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia, justificaron la elaboración de una estrategia de intervención educativa (Anexo 6) estructurada en: Introducción, Objetivos, Líneas de Acción y Plan de Acción, las cuales abordan de forma objetiva y concreta las acciones necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la estrategia.

Se establecen tres líneas de acción a desarrollar: Organización, Promoción y Educación para la salud y Evaluación.

Organización.

Se establecen toda una serie de actividades coordinadas y ordenadas en cuya ejecución y participación están involucrados los directivos del policlínico “Chiqui Gómez Lubián”.

Promoción y educación para la salud

A partir del diagnóstico realizado en el estudio, en relación con las necesidades de información de las mujeres embarazadas y en período de lactancia y su conducta sobre el uso de medicamentos, pueden plantearse objetivos y metas para diseñar y desarrollar un programa educativo sobre el uso de medicamentos. Es necesario considerar para diseñar dicho programa la participación de un equipo multidisciplinario donde intervengan todos los factores que permitan garantizar una adecuada labor educativa al paciente. Debiéndose reflejar, entre otros elementos que lo integran, el plan de acción con una clara definición de las actividades a desarrollar, los temas, los tipos de técnicas educativas, el responsable de la actividad, quienes participan, dónde y cuándo.

Evaluación

Se establece una serie de actividades organizadas y sistemáticas que permiten evaluar las acciones a realizar. La afectividad de la estrategia será medida mediante indicadores que se establecen en la misma, la que será lograda con una adecuada transmisión de conocimientos y desarrollo de conductas adecuadas ante el uso de medicamentos.

1. Un gran porcentaje de mujeres embarazadas y en período de lactancia tiene altas necesidades de información sobre el uso racional de medicamentos presentando más dificultades en los medicamentos contraindicados en estos períodos y los efectos más comunes que causan los teratógenos.
2. Más de la mitad de ambos grupos mantiene una conducta no adecuada ante el uso de medicamentos en estas etapas, automedicándose y no cumpliendo con la prescripción médica.
3. Un bajo por ciento de las mujeres presentaban problemas relacionados con la medicación, predominando los del tipo 3.
4. La manera preferida por las mujeres para recibir información sobre el uso racional de medicamentos fue mediante charlas educativas, antes del embarazo incluyendo la adolescencia y en el consultorio médico de la familia.
5. Se elaboró una estrategia de intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

- Validar y aplicar la estrategia de intervención propuesta.

1. Apéndice 1: “La prescripción en la mujer gestante”, Guía Terapéutica para la atención primaria de Salud en Cuba, editorial José Martí, 1994, p.: 245.
2. Zapater Hernandez, Pedro; “Prescribir en situaciones específicas“; Intercon 1998/1999, editorial S.A. EDIMSA, Barcelona, p.: 104-109.
3. Taboada Lugo Noel, Lardoeyt Roberto Ferrer, López Manuel S. Cárdenas, Arcas Gretsy Ermeso. Uso de medicamentos durante el embarazo y su posible efecto teratogénico. Rev Cubana Med Gen Integr v.20 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2004.
4. Fármacos durante el embarazo y la lactancia. URL disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/biblio/rbcn22.htm [Updated: 2007]
5. García JC, Vergel G, Zapata A. Embarazo y medicamentos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):227-31
6. McElhatton Patricia. Teratógenos Servicio Nacional de Información sobre Teratología, Centro Regional de Medicamentos y Terapéutica. Reino Unido. Rev Cubana Farm 2003;37(2)
7. Taboada Noel Lugo, Lardoeyt Roberto Ferrer, Quintero Katia Escobar, Torres Yuselis Sánchez. Propuesta de una metodología de asesoramiento genético prenatal para la prevención de defectos congénitos inducidos por medicamentos. Rev Cubana Med Gen Integr v.20 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004
8. Cueto Magalis Domínguez, Gómez Modesta Fernández, Pérez Yaquelín Martínez. Importancia de la lactancia materna para el recién nacido. Medicentro 2008;12(4). Disponible en: http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202008/v12n4a08/importancia64.htm
9. Lactancia y medicamentos. Boletín terapéutico. Escuela Andaluza de Salud Pública. Año 2001 n.19. Disponible en: http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf
10. Thomas W. Hale. Drug Therapy and Breastfeeding: Pharmacokinetics, Risk Factors, and Effects on Milk Production. Neo Reviews Vol.5 No.4 2004. Disponible en: http://neoreviews.aappublications.org/cgi/content/full/neoreviews;5/4/e164

11. Arango Yolanda Panesso. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública v.34 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2008
12. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. Castell Florit Pastor. La Habana. ENSAP, 2003
13. Betancourt Maritza Castañeda, León Elizabet Moya. Intervención educativa dirigida a embarazadas sobre lactancia Materna. Medicentro 2006:10(3)
14. Sedano E. El farmacéutico de atención primaria: un nuevo ejercicio profesional que requiere la creación de un título de especialista. [Citado 10 enero 2009]. Disponible en: http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/aprimaria/index.html.
15. Sedano E. El farmacéutico comunitario y las actividades preventivas. [Citado 10 enero 2009]. Disponible en: http://www.larebotica.es/larebotica/secciones/expertos/aprimaria/index.html
16. Buenas prácticas de dispensación. Citado 6 enero 2009. Disponible en: http://www.colfacor.org.ar/bpaf.htm
17. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. World Health Organization and International Pharmaceutical Federation 2006. Disponible en: http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/index/assoc/s14094e/s14094e.pdf DITION
18. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Pharm. Care Esp. , 1999, 1:107-112.
19. Martinez-Romero f., Fernandez-Ilimos F., Faus M.J. Régimen posológico inadecuado: Problema Relacionado con Medicamentos (PRM) sí clasificado". Pharm. Care Esp. 1999)
20. Buenas prácticas de prescripción. [Citado 22 enero 2009] Disponible en: http://www.cdf..sld.cu/FORMULARIO/buenas.htm
21. Organización Mundial de la Salud. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts (El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos). Ginebra, OMS, 1985.
22. Información de medicamentos en el embarazo. [Citado 23 enero 2009] Disponible en http://www.caparroscantopsiquiatria.org/foro3/read.php?34,112,112

23. Fármacos en el embarazo. Disponible en http pwww.entornomédico.org/médicos/diccionario/dic T.htm
24. Laredo LM. Utilización de fármacos en el embarazo y la lactancia. En: Lorenzo P, Morena A, Loza JC, Lizardian I, Moro MA. Farmacología básica y clínica. 17ª edición. Madrid – España: Editorial Panamericana; 2005p. 1101 – 1114. [Citado 13 diciembre 2008]. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1017/2/Articulo-de-revision.-Medicamentos-y-embarazo
25. Categorías farmacológicas en embarazo según la FDA (actualización 2007)[online]. [Citado 15 enero 2009]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Categor%C3%ADas_farmacol%C3%B3gicas_en_el_embarazo.
26. Clasificación de la evidencia**.** Centro Andaluz de Información Médica, Escuela Andaluza de Salud Pública: CADIME. [Citado 12 febrero 2009] Disponible en: http://www.guiaterapeutica.net/3edicion+/pre_preliminares_clasificaciones.php
27. Chaves Roberto G., Lamounier Joel A. Uso de medicamentos durante a lactação. J. Pediatr. (Rio J.) [periódico na Internet]. 2004 Nov [citado 2009 Jun 09]; 80(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700011&lng=es. doi: 10.1590/S0021-75572004000700011.
28. Torres Nolvys C. Guevara**,** Cruz Ermelio L. Díaz**,** Santos Mirtha C. León**,** Gómez María Mercedes Paz**,** Pomo Marilyn González. Medicamentos y lactancia materna. Gaceta Médica Espirituana 2003; 5(3). [Citado 16 febrero 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.(3)_06/p6.html
29. Gaceta oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. CAPITULO VII. Derechos, Deberes y Garantías Fundamentales. [Citado 2 marzo 2009]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html
30. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Cuad Hist Salud Pública no.99. Ciudad de la Habana Jan.-June 2006. [Citado 6 marzo 2009]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004591782006000100011&nrm=iso&lng=en&tlng=es

31. Declaracion de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [Citado 10 enero 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
32. Sanabria Giselda Ramos. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. Rev Cubana Salud Pública v.33 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007
33. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson, 2001. [Citado 15 marzo 2009] Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Promoci%C3%B3n_de_la_salud
34. Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: panamericana, 2001. [Citado 12 diciembre 2008]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Promoci%C3%B3n_de_la_salud
35. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;19(1):62-9.
36. La insuficiencia del modelo bioético en Promoción de la Salud". Rev Cubana Salud Pública. 2003. [Citado 19 enero 2009] Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_polit_plan_5.htm
37. Beltrán Benita Mavel González, Ruiz Magalys Iglesias, Grau Ricardo Abalo, Álvarez Isa León. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada Rev Cubana Salud Pública v.33 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007
38. Armas Ramírez N, Lorences González J, Perdomo Vázquez JM. Caracterización y Diseño de los resultados científicos como aporte de la Investigación. Santa Clara: Universidad Pedagógica "Félix Varela"; 2003.
39. Planeación Estratégica en las organizaciones. [artículo en Internet]. 2004 [citado 10 Dic 2005];[aprox. 6 p.]. [Citado 22 enero 2009] Disponible en: http://www.aprchile.cl/pdfs/Planificacion%20Estrategica.pdf
40. Fuentes Ávila M. La intervención psicosocial: su implementación a través de programas de entrenamiento en el ámbito grupal. La Habana: Universidad de la Habana, Facultad de Psicología; 2002.

41. Bouza Suárez A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2000; 26(1):50-6.
42. Panel de Consenso, (1999). Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Pharm. Care. Esp.; 1:107-112.
43. Segú JL., Casasin T., Gilabert A., Madridejos R., March M., Prats M. (2000). Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. Análisis de situación y líneas estratégicas. Pharm. Care Esp.; 2:223-258
44. Toledo G., Rodríguez P., Reyes M., Cruz A., Caraballoso M., Sánchez L., et. al. (2004). Investigaciones en Salud. En: Fundamentos de Salud Pública 1. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. p.69-147.
45. Hancock RL, Koren G, Einarson A, Ungar WJ. The effectiveness of Teratology Information Services (TIS). Reprod Toxicol. 2007 Feb;23(2):125-32. Epub 2006 Nov 18.
46. Metronidazol. Formulario nacional de medicamentos. Editorial Ciencias Médicas. 2006. pag: 78.
47. Bimla Eleanor Schwarz; Postlethwaite Debbie A, Hung Yun-Yi; Armstrong Mary Anne Documentation of Contraception and Pregnancy When Prescribing. Potentially Teratogenic Medications for Reproductive-Age Women. *Ann Intern Med.* 2007;147:370-376.
48. Montón Álvarez JL, Cortés Rico O. Antibióticos y lactancia materna (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/02/2008; consultado 6/marzo/2009]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/
49. Lagoy Caroline T, Namita Joshi, Cragan Janet D., Sonja A. Rasmussen. Medication Use during Pregnancy and Lactation: An Urgent Call for Public Health Action. Journal of Women's Health.Volume 14, number 2, 2005.
50. Olalde Luisa Jover, Martínez-Fortún Maryla Amador, García Merki Rovira, Broche Mirtha Méndez, Sánchez Ariel A. Olalde, Evaluación de intervención en embarazadas. Medicentro 2007;11(3). [Citado 15 enero 2009]. Disponible en: http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202007/v11n3a07/evaluacion.htm

51. Betancourt Maritza Castañeda, León Elizabet Moya. Medicentro 2006:10(3). Intervención educativa dirigida a embarazadas sobre lactancia materna
52. Collazo Manuel M. Herrera. Farmacoeconomía. Eficiencia y uso racional de los medicamentos. Rev. Bras. Cienc. Farm. v.40 n.4 São Paulo oct./dic. 2004
53. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Organización Mundial de la Salud. Septiembre de 2002. [Citado 3 febrero 2009]. Disponible en: http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf
54. Capurro Haroldo, Paquez Eduardo, Velasco Ricardo. Medicamentos en medicina reproductiva. Abril 2008. [Citado 3 abril 2009] Disponible en: http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/articulodelmes/20080400.pdf
55. Programas nacionales. Enfermedades no transmisibles. Asma bronquial. Asma y embarazo. [Citado 5 abril 2009] Disponible en: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/asma/severidad.pdf
56. Salbutamol. Vademecun.es. [Citado 5 abril 2009]. Disponible en: http://www.vademecum.es/medicamento/listado-alfabetico/S/27880/1/4/6/embarazo-y-lactancia/salbutamol.html
57. Bánhidy F, Lowry RB, Czeizel AE. Risk and Benefit of Drug Use During Pregnancy. *Int J Med Sci* 2005; 2:100-106. [Citado 29 abril 2009]. Disponible en: http://www.medsci.org/v02p0100.htm
58. Gendron Marie-Pierre, Brigitte Martin, Oraichi Driss, Bérard Anick. Pharmacoepidemiology and prescription. Health care providers' requests to Teratogen. Information Services on medication use during pregnancy and lactation. Eur J Clin Pharmacol . December 2008
59. Buhimschi Catalin S., Weiner Carl P. Medications in Pregnancy and Lactation. Part 2. Drugs With Minimal or Unknown Human Teratogenic Effect. Vol. 113, no. 2, part 1, February 2009. Obstetrics and Gynecology.
60. Hyde Erika Riley, Fuentes-Afflick Elena, Jackson Rebecca A., Escobar Gabriel J., Phyllis Brawarsky, Meighan Schreiber, Haas Jennifer S. Correlates of Prescription

Drug Use during Pregnancy. Journal of women's health. Volume 14, Number 5, 2005

61. Cruzan Susan. FDA Proposes New Rule to Provide Updated Information on the Use of Prescription Drugs and Biological Products during Pregnancy and Breast-feeding. May 28, 2008
62. World Health Organization (WHO). [Citado 22 abril 2009]. Medicines web site: http://www.who.int/medicines/.
63. WHO Reproductive Health. [Citado 22 abril 2009] web site: http://www.who.int/reproductive-health/.
64. Stultz Esther E., Stokes Jennifer L., Shaffer Michele L.,Paul Ian M., Berlin Cheston M. Extent of Medication Use in Breastfeeding Women. Breastfeeding medicine. Volume 2, Number 3, 2007.
65. Hale Thomas W. Drug Therapy and Breastfeeding: Antibiotics, Analgesics, and Other Medications American Academy of Pediatrics NeoReviews Vol.6 No.5 2005

Anexo

ANEXO 1.

Consentimiento de participación en la Investigación

Hoja de Información al Paciente

Título de la Investigación: Propuesta de Estrategia de la Intervención para el uso racional de Medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Los Medicamentos tomados en el momento de quedar embarazada, antes o después de este pueden afectar el feto. El embarazo constituye una de las situaciones de máximo riesgo relacionado con el uso del medicamento ya que existe un amplio grupo de ellos que se han relacionado con malformaciones congénitas en recién nacidos. Por otra parte, la leche materna es capaz de transportar sustancias que no son deseables ni aconsejables para el niño, tanto del punto nutritivo como farmacológico, los medicamentos administrados a las madres lactantes no solo pueden modificar la producción de leche (aumentándola o disminuyéndola) ; sino que también pueden ser excretados a través de la misma afectando al bebé. Si usted está en una de estas dos etapas de la vida: embarazada o lactando, pueden ser incluida en esta investigación que tiene como objetivo garantizar la información y condiciones necesarias para que usted use adecuadamente los medicamentos que le son indicados por el médico y pueda minimizar los riesgos que pudieran estar relacionados con el uso de los mismos.

Durante el estudio se determinarán sus necesidades de información sobre el uso adecuado de medicamentos mediante una entrevista y su comportamiento ante el uso de medicamentos en estas etapas de la vida. A partir de los resultados obtenidos se elaborará un Programa Educativo, el cual será aplicado en futuras investigaciones.

Su participación es absolutamente voluntaria y el hecho de no aceptar no afectará sus relaciones con el médico y el resto del equipo de salud, los cuales la seguirán atendiendo según las normas de la institución y la sociedad donde tendrá derecho a recibir el máximo de posibilidades.

Ante cualquier duda que quiera aclarar respecto a este estudio puede acercarse al investigador y en cualquier momento puede retirarse sin que tenga que dar explicación alguna.

En ningún caso será revelada su identidad pues se trabajará con sus iniciales y número de inclusión. Usted tiene el derecho a que se le expliquen todas las dudas o inquietudes relacionadas con la investigación

El protocolo de la investigación fue revisado y aprobado desde el punto de vista de ético, científico y metodológico por un comité de revisión y de ética de la Dirección Municipal de Salud y por Consejo Científico Provincial.

Para obtener información usted, puede dirigirse a la Lic. Rayza Marrero Toledo en el **CEDIMED** en el Instituto Superior de Ciencias Médicas Serafín Ruiz de Zarate, teléfono 294227.

Declaraciones y Firma del paciente:

Yo_____

He leído y comprendido la Hoja de Información que me ha sido entregada.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi en el estudio es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando lo desee.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con la Licenciada_____ la cuál me explicó todos los aspectos relacionados con la investigación.

Dado a los_____ días del mes de _____ de _____

Conforme (firma del paciente) _____

Investigador (Nombres, apellidos y firma) _____

ANEXO 2.

Entrevista mujeres embarazadas

Objetivo: Determinar las necesidades de información de las mujeres embarazadas sobre el uso de medicamentos y problemas de salud relacionados con los mismos. Además recopilar información útil con los tratamientos prescriptos y en relación con los servicios de salud brindados y las actividades de promoción de salud en las cuales han participado.

Fase Inicial o Introducción: Se realizará la presentación al paciente explicándole el objetivo de la entrevista y del estudio a realizar para obtener su consentimiento informado. Se evitarán las barreras que puedan obstaculizar la comunicación, antes de iniciar el interrogatorio se debe dar la posibilidad al paciente de expresar libremente sus inquietudes acerca del tema en cuestión lo cual facilitará ganar la confianza del paciente y fomentar la empatía.

Fase de Desarrollo: Se utilizarán preguntas estructuradas.

___Trimestre de embarazo

__Nivel primario __Nivel secundario __Preuniversitario __Nivel medio superior __Universitario

1. ¿Cree usted que puede usar cualquier medicamento durante el embarazo?

   Si__ No__ No sabe _____ ¿Por qué?_____

2. ¿Sabe el nombre de algún o algunos medicamentos que estén contraindicados en el embarazo?

   Si__ No__ No sabe_____ ¿Cuál o cuáles?_____ ¿Cómo lo sabe?_____

3. ¿Conoce algún efecto de los medicamentos que provocan daño sobre el feto?

   Si__ No__ ¿Cuál?_____

   ¿Quién se lo informó?_____

4. ¿Recibe algún medicamento en el embarazo? Si___No___ ¿Cuál? _____

5. ¿Durante el período del embarazo se ha automedicado? Si__ No__

   ¿Cuál o cuales medicamentos ha tomado? _____

   ¿Para qué padecimiento?_____

   ¿Se lo ha informado al médico? Si__ No__

   ¿Qué actitud se tomó con usted?_____

6. Cuando se siente enferma que hace:

___ Acude al médico para que le diagnostique y prescriba los medicamentos.

___ Consume los medicamentos por cuenta propia.

___ Consume los medicamentos por el consejo de alguien más.

7. Cuando su médico le indica algún medicamento que hace:

- Lo toma según cantidad indicada. __Siempre __En ocasiones ___Nunca
- Lo toma según horario indicado. __Siempre __En ocasiones ___Nunca
- Lo toma según el tiempo indicado. __Siempre __En ocasiones ___Nunca

8. ¿Ha recibido alguna actividad educativa sobre el uso de medicamentos durante el embarazo? ? Si__ No__ ¿Cómo fue realizada?_____

¿Dónde?_____ ¿Quién?_____

9. Cree necesaria actividades orientadoras sobre el uso de los medicamentos en el embarazo. Si___ No___ ¿Por qué?_____

10. Sobre qué aspectos del uso de medicamento en el embarazo Ud. quisiera conocer? __Beneficios ___ Riesgos ___Medicamentos y etapas del embarazo ___Todo

a) ¿Cómo a usted le gustaría que le hicieran llegar este conocimiento?

__ Charla __ Boletines informativos __ Notas radiales __ Spot televisivo

b) ¿En que momento? ___ Antes del embarazo (incluye adolescencia) ___Durante la captación del embarazo ___Durante el embarazo

c) ¿En que lugar? ___CDR ___CMF ___ Policlínico (ocasional) ___ Centro de educación para la salud

Indicaciones farmacoterapéuticas

MEDICAMENTOS	Dosis	Vía Adm.	Frecuencia	Inicio	Final	Indicación

Fase Final: Se resume la información aportada por el paciente.

ANEXO 3.

Entrevista a mujeres en período de lactancia

Objetivo: Determinar las necesidades de información de las mujeres en período de lactancia sobre el uso de medicamentos. Además recopilar información útil con los tratamientos prescriptos y en relación con los servicios de salud brindados y las actividades de promoción de salud en las cuales han participado.

Fase Inicial o Introducción: Se realizará la presentación al paciente explicándole el objetivo de la entrevista y del estudio a realizar para obtener su consentimiento informado. Se evitarán las barreras que puedan obstaculizar la comunicación, antes de iniciar el interrogatorio se debe dar la posibilidad al paciente de expresar libremente sus inquietudes acerca del tema en cuestión lo cual facilitará ganar la confianza del paciente y fomentar la empatía.

Fase de Desarrollo: Se utilizarán preguntas estructuradas.

__Nivel primario __Nivel secundario __Preuniversitario __Nivel medio superior __Universitario

1. ¿Cree usted que puede usar cualquier medicamento durante el periodo de lactancia?
 Si__ No__ ¿Por qué?_____

2. ¿Sabe el nombre de algún o algunos medicamentos que estén contraindicados en el periodo de lactancia? Si__ No__

¿Cuál o cuáles?_____

¿Cómo lo sabe?_____

3. ¿Conoce algún efecto de los medicamentos que al ser tomados pasan a la leche materna?

Si__ No__ ¿Cuál?_____

¿Quién se lo informó?_____

4. ¿Recibe algún medicamento durante la lactancia?
 Si__ No__
 ¿Cuál o cuales?_____

5. ¿Durante el período de lactancia se ha automedicado? Si__ No__
 ¿Qué medicamento? _____

¿Para que padecimiento?_____

¿Se lo ha informado al médico? Si__ No__

¿Qué actitud se tomó con usted?_____

6. Cuando se siente enferma que hace?

___ Acude al médico para que le diagnostique y prescriba los medicamentos.

___ Consume los medicamentos por cuenta propia.

___ Consume los medicamentos por el consejo de alguien más.

7. Cuando su médico le indica algún medicamento que hace:

- Lo toma según cantidad indicada. __Siempre __En ocasiones ___Nunca
- Lo toma según horario indicado. __Siempre __En ocasiones ___Nunca
- Lo toma según el tiempo indicado. __Siempre __En ocasiones ___Nunca

8. ¿Ha recibido alguna actividad educativa sobre el uso de medicamentos durante el periodo de lactancia? Si__ No__

¿Cómo fue realizada?_____

¿Dónde?_____

¿Quién?_____

9. ¿Cree necesaria actividades educativas sobre el uso de los medicamentos en el periodo de lactancia. Si___ No___ No sabe___

¿Por qué?_____

10. Sobre qué aspectos del uso de medicamento en período de lactancia Ud. quisiera conocer? __Beneficios ___Riesgos __Todo

a) ¿Cómo a usted le gustaría que le hicieran llegar este conocimiento?

__ Charla __ Boletines informativos __ Notas radiales __Spot televisivo

b) ¿En que momento? ___Antes del embarazo(incluye adolescencia)___Durante el embarazo ___ Durante la lactancia

c) ¿En que lugar? ___CDR ___CMF ___ Policlínico (ocasional) ___ Centro de educación para la salud

Indicaciones farmacoterapéuticas actuales

MEDICAMENTOS	Dosis	Vía Adm.	Frecuencia	Inicio	Final	Indicación

Fase Final: Se resume la información aportada por el paciente.

ANEXO 4.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN.

Necesidad de Indicación

PRM-1. El paciente no usa los medicamentos que necesita.

PRM-2. El paciente usa medicamentos que no necesita.

Necesidad de Efectividad.

PRM-3. El paciente usa un medicamento, que estando indicado, está mal seleccionado.

PRM-4. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita de un medicamento correctamente seleccionado.

Necesidad de Seguridad.

PRM-5. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita del medicamento correctamente seleccionado

PRM-6. El paciente usa un medicamento que le provoca una Reacción Adversa Medicamentosa

ANEXO 5.

Clave de calificación.

Pregunta 1:

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Por qué: 10 puntos

Pregunta 2:

Si: 10 puntos

No: 0 puntos

Cuál o Cuales: 10 (Si los nombra)

Pregunta 3:

Si: 10 puntos

No: 0 puntos

Cuál: 10 puntos

Escala

60- 50 puntos	***Bajas necesidades de información***
49- 40 puntos	***Medias necesidades de información***
< 39 puntos	***Altas necesidades de información***

ANEXO 6.

Estrategia de Intervención Educativa para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia.

1. Introducción

Cada mujer tiene el derecho a llevar a cabo un embarazo y lactancia saludable, con el mínimo de riesgos, es por esto que el Sistema Nacional de Salud, como política, prioriza el Programa Nacional de Atención Materno Infantil.

Entre los principales riesgos a la que estas mujeres se encuentran expuestas es al consumo irracional de medicamentos, de ahí la importancia de la preparación de las mismas para su uso racional en estas etapas, requiriendo capacitación del equipo básico del Consultorio del Médico de la Familia, responsable del seguimiento en educación para la salud, y del monitoreo y control por el Grupo Básico de Trabajo, para así garantizar la obtención de los objetivos propuestos.

2. Diagnóstico

Al realizar una revisión del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, en este se plantea incrementar la educación para la salud. Por otra parte, en el Programa para el Uso Racional de Medicamentos el objetivo planteado es contribuir a que la población haga un uso racional de los medicamentos, cumpliendo con las indicaciones del médico y conociendo del peligro de la automedicación, así como, de los riesgos de reacciones adversas a medicamentos. Todo esto es posible mediante un trabajo educativo-preventivo en el sistema nacional de salud, involucrando principalmente a los grupos de riesgo que incluye las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

A partir del análisis realizado se observaron insuficiencias en el trabajo educativo-preventivo en estos grupos. Los resultados obtenidos en la identificación de las necesidades de información y la conducta sobre el uso de medicamentos, evidenció la necesidad de diseñar una Estrategia de Intervención para el uso racional de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia, mediante un sistema integrado de acciones que posibilite la interacción entre pacientes, el Grupo Básico de Trabajo y el equipo de la investigación.

3. Objetivo general

- Contribuir mediante acciones integrales a un nivel satisfactorio de información sobre el uso de medicamentos en mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a una conducta adecuada.

Objetivos específicos

1.- Garantizar el apoyo administrativo y la voluntad política en las acciones para un uso racional de medicamentos.

4.- Desarrollar de forma sistemática Programas Educativos a pacientes.

Los componentes claves de la Estrategia de intervención:

- El sistema integrado de acciones.
- Participación sistemática de las mujeres en edad fértil, embarazadas y en el período de lactancia en el programa de actividades educativas
- La vigilancia constante para mejorar los procesos de intervención.

4. Líneas de acción

- **Organización**

El equipo de investigación en conjunto con la dirección del policlínico “Chiqui Gómez Lubián” serán los encargados de ejecutar y controlar el desarrollo de la estrategia de intervención educativa, involucrando desde el inicio al Grupo Básico de Trabajo y grupos de apoyo de la comunidad.

Se realizará una breve capacitación de los recursos humanos que participan en la intervención sobre técnicas educativas, sobre todo las charlas educativas, por personal del centro de Educación para la salud, para así lograr un buen desempeño de las mismas.

Se realizará reunión de coordinación con representantes del consejo popular por la salud, CDR y la instructora de la FMC para crear las condiciones favorables en el sitio, en este caso el Consultorio Médico de la Familia, que será utilizado para las actividades educativas.

- **Promoción y educación para la salud**

Se desarrollará un Programa de educación para la salud dirigido a pacientes en relación con el uso racional de medicamentos durante la edad fértil, el embarazo y la lactancia.
Se elaborará a partir de las orientaciones metodológicas para el diseño de programas de educación para la salud planteado por la División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población de la Organización Panamericana de la Salud.
En todos los consultorios de cada GBT, se convocará a los diferentes grupos de pacientes a participar en un programa de actividades educativas en la propia comunidad y el grupo quedará constituido por aquellas que expresen participar.
Este espacio facilita la ejecución y control de las acciones definidas en la estrategia de intervención, el uso óptimo de los recursos humanos con que contamos, así como de las condiciones y recursos que posee la comunidad, lo cual propicia la factibilidad de la intervención educativa.

- **Evaluación**

Los jefes de los Grupos Básicos de Trabajo realizarán un monitoreo de las actividades educativas realizadas por el equipo básico de trabajo de cada Consultorio Médico de la Familia.
Se establecieron indicadores para medir la efectividad de la estrategia de intervención educativa, la cual será medida según obtención de conocimiento y cambio de conducta de las pacientes.

Indicadores

- Nivel de conocimiento de la mujer en edad fértil, embarazada y en período de lactancia sobre el uso de medicamentos.
- Cumplimiento de la prescripción
- Automedicación
- Conducta ante el uso de medicamentos
- Actividades educativas recibidas
- Problemas relacionados con la medicación

Plan de Acción

Actividad 1: Informar a la dirección del policlínico “Chiqui Gómez Lubián” los resultados obtenidos en el diagnóstico, para de esta manera contar con su apoyo en el desempeño de las actividades a realizar.

Responsable: Equipo de Investigación

Fecha: Julio 2009.

Actividad 2: Coordinar actividad de superación a llevar cabo por el centro de educación para la salud sobre técnicas educativas dirigida al equipo encargado de llevarlas a cabo.

Responsable: Equipo de Investigación en conjunto con jefes de los grupos Básicos de Trabajo.

Fecha: Septiembre 2009.

Actividad 3: Coordinar con los elementos involucrados de la comunidad el lugar y momento a realizar las actividades educativas.

Responsable: Equipo de Investigación en conjunto con los grupos básicos de trabajo.

Fecha: Septiembre 2009.

Actividad 4: Desarrollar las actividades educativas según cronograma establecido en conjunto con los involucrados.

Responsable: Equipo de Investigación en conjunto con el personal adiestrado.

Fecha: octubre 2009- Marzo 2010

Actividad 5: Monitoreo trimestral de las actividades desarrolladas.

Responsable: Equipo de Investigación

Fecha: Diciembre 2009 y Marzo 2010.

Actividad 5: Evaluación y Control de la aplicación de las actividades educativas desarrolladas mediante la aplicación de los siguientes indicadores.

Responsable: Equipo de Investigación

Fecha: Abril 2010.

Indicador	Estándar
# de mujeres en edad fértil informadas sobre el uso racional de medicamentos/ # de mujeres en edad fértil entrevistadas X 100	80%
# de mujeres embarazadas informadas sobre el uso racional de medicamentos/ # de mujeres embarazadas entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en período de lactancia informadas sobre el uso racional de medicamentos/ # de mujeres en período de lactancia entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en edad fértil que no se automedican/ # de mujeres en edad fértil entrevistadas X 100	80%
# de mujeres embarazadas que no se automedican/ # de mujeres embarazadas entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en período de lactancia que no se automedican/ # de mujeres en período de lactancia entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en edad fértil que cumplen con la prescripción / # de mujeres en edad fértil entrevistadas X 100	80%
# de mujeres embarazadas que cumplen con la prescripción / # de mujeres embarazadas entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en período de lactancia que cumplen con la prescripción / # de mujeres en período de lactancia entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en edad fértil con adecuada conducta / # de mujeres en edad fértil entrevistadas X 100	80%
# de mujeres embarazadas con adecuada conducta / # de mujeres en embarazadas entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en período de lactancia con adecuada conducta / # de mujeres en período de lactancia entrevistadas X 100	80%
# de mujeres en edad fértil que han recibido actividades educativas / # de mujeres entrevistadas X 100	60%
# de mujeres embarazadas que han recibido actividades educativas / # de mujeres embarazadas entrevistadas X 100	60%
# de mujeres en período de lactancia que han recibido actividades educativas / # de mujeres en período de lactancia entrevistadas X 100	60%
# de mujeres sin PRM / # de mujeres entrevistadas X 100	70%