

**MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA PANAMÁ
INCAP/OPS**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
PROVEEDORES DE SALUD, EMBARAZADAS Y SUS
CÓNYUGES EN RELACIÓN A LA ANEMIA**

PANAMÁ, 1998

PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

DISEÑO, ANALISIS Y ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO FINAL

Dra. MAGALLI M. de ZEVALLOS
Departamento Materno Infantil

Lic. ODALIS T. SINISTERRA R.
Departamento de Nutrición

Lic. VICTORIA E. VALDÉS
INCAP/OPS
Panamá

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

LIC. OTILIA RODRIGUEZ
LIC. CATALINA GUERNA

REVISIÓN

Lic. CRYSTA DE VALVERDE

AGRADECIMIENTO

AGRADECEMOS A LA REGIÓN METROPOLITANA Y LA REGIÓN DE VERAGUAS POR LAS FACILIDADES BRINDADAS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO AL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD DE JUAN DÍAZ, SANTA FE Y CALOBRE.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A LAS EMBARAZADAS, SUS CÓNYUGES Y LAS PARTERAS QUE GENTILMENTE COLABORARON CON ESTE ESTUDIO.

TABLA DE CONTENIDO

I.	ANTECEDENTES.	1
II.	OBJETIVOS	3
	A. Objetivo General	
	B. Objetivos específicos	
III.	METODOLOGÍA.	4
	A. Area Geográfica.	
	B. Personas encuestadas.	
	C. Valores de hemoglobina.	
	D. Cronograma.	
	E. Tipo de encuestas aplicadas y objetivos de las mismas.	
	F. Análisis de la información.	
IV.	RESULTADOS.	9
	A. EMBARAZADAS.	9
	1) Descripción de la Muestra.	
	1.1) Número de embarazos.	
	1.2) Edad.	
	1.3) Edad gestacional.	
	1.4) Valor de Hemoglobina.	
	1.5) Ubicación en la Curva de incremento de peso.	
	1.6) Escolaridad.	
	2) Resultados de Entrevistas a Embarazadas.	
	B. CÓNYUGES.	16
	1) Información General.	
	2) Resultados de Entrevistas a Cónyuges.	
	C. PARTERAS TRADICIONALES.	19
	1) Información General.	
	2) Resultados de las Entrevistas.	
	D. PERSONAL DE SALUD.	22
	E. ENCARGADOS Y DEPENDIENTES DE FARMACIA. . .	24
	F. OBSERVACION DE SUMINISTROS EN CENTROS . . .	25
	Y PUESTOS DE SALUD.	
V.	CONCLUSIONES.	27
VI.	RECOMENDACIONES.	30
VII.	BIBLIOGRAFÍA	31

I. ANTECEDENTES.

Existen evidencias de que las deficiencias nutricionales son comunes en embarazadas de países en desarrollo, ya que es un periodo donde hay un aumento de los requerimientos nutricionales principalmente de calorías, proteínas y hierro. La gestante es considerada como un grupo de alto riesgo de anemia nutricional por el aumento de las necesidades de hierro durante el embarazo. Se estima que se requiere un total de 1000 mg adicionales de hierro (aproximadamente 3.5mg/día) que en el último trimestre alcanza valores de 6.0 a 8.0mg/día (1). En general, se considera que esta cantidad de hierro en el embarazo difícilmente puede ser aportada por la dieta y/o por las reservas maternas.

Estudios realizados en embarazadas en varios países latinoamericanos (2,3,4) verificaron que un porcentaje considerable de embarazadas no poseen reservas de hierro suficientes para atender las necesidades de este mineral, justificando la suplementación medicamentosa en dosis de 30 a 60 mg diarios (5). En nuestro país, las anemias nutricionales han sido identificadas como la segunda deficiencia nutricional, superada por la desnutrición calórica-protéica en población infantil (6). Las repercusiones de la anemia en el embarazo están bien documentadas a través de la literatura, siendo que la duración y la severidad son factores determinantes en el peso al nacer, prematuridad y mortalidad perinatal. (7,8,9,10)

Según datos de 1996, Panamá cuenta con una población total de 2,674,490 habitantes de los cuales (699,108) son mujeres en edad fértil. Se registraron en 1996 un total de 61,939 nacidos vivos para una tasa general de fecundidad de 88.6 por mil mujeres de 15-49 años y una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos/mujer(11).

La primera causa de morbilidad materna registrada en 1996 fue el bajo peso (22.1%) seguida de la anemia (17.9%) el aborto incompleto (13.9%) y en cuarto lugar las infecciones de vías urinarias (13.5%). La tasa de mortalidad materna en 1997 fue de 70/100,000 siendo las causas obstétricas directas las principales causantes de muerte materna y dentro de éstas, la hemorragia, la toxemia y la sepsis son las responsables de 47% de estas defunciones (12). Cerca de la mitad de las muertes maternas registradas proceden del área rural y sub-urbano marginal y ocurren a nivel domiciliario .

Según información del Ministerio de Planificación y Política Económica, aproximadamente el 37% de la población de nuestro país vive en la pobreza y el 22% en situación de pobreza crítica (8). La pobreza, como expresión de la insatisfacción de necesidades básicas, es un problema que afecta especialmente a la población rural y la carencia de ingresos monetarios, como otra dimensión de la pobreza, afecta especialmente a la población urbana. 30 de los 68 distritos del país se identifican con bajos niveles de satisfacción de necesidades básicas, 18 de los cuales concentran altos porcentajes de población indígena y en general poblados de difícil acceso y alta dispersión(13).

Los datos sobre la prevalencia de anemia nutricional provenientes de la Encuesta Nacional de 1967, indicaron que la deficiencia de hierro afecta 3 veces más a los grupos localizados en áreas rurales (36%), comparados con los de las áreas urbanas (12.7%). En esta misma encuesta, la deficiencia de folatos en 18.3% de la población rural, afecta principalmente a niños de 3 a 11 años, embarazadas y madres lactantes. (14).

En la Encuesta de Vitamina A de 1992, en los niños de 12-59 meses, por niveles de hemoglobina, se observó que el 18.6% del total de la muestra presentó niveles de hemoglobina menores de 11g/dl, siendo el grupo más afectado el de 12 a 23 meses. La prevalencia de anemia nutricional es superior al 15% en las cuatro regiones estudiadas (15).

A través de una investigación realizada en 1990 en el Centro de Salud de Parque Lefevre, de la Región Metropolitana, se observó que el 22% de las gestantes eran anémicas, según el indicador propuesto por la Organización Mundial de la Salud, $Hb < 11.0$ g/dl. Al evaluar el estado nutricional de la gestante según el indicador de adecuación peso/talla materno, se reflejó que casi la mitad (45%) de las mujeres llegan al final del embarazo con estado nutricional deficiente. En este mismo estudio se observó una prevalencia de bajo peso al nacer de 4.4% (16) Para 1996 el bajo peso al nacer a nivel nacional se reporta en 7.8% según la Contraloría General.

El Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud realizó en 1992 una investigación de prevalencia de anemia en pacientes que asisten a los Centros de Salud de la Región Metropolitana y San Miguelito y algunos Centros de Salud de Azuero, Bocas del Toro, Veraguas y Panamá Oeste. Se observó que el 43.4% de los menores de 1 año y el 38.6% de los niños de 1 a 4 años presentaban niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl; para los grupos menores de 5 a 12 años y el de embarazadas se encontró que 20.2% y 38.9% respectivamente, presentaban anemia (17).

En 1994 el Departamento de Nutrición y Dietética del Ministerio de Salud, realizó una Iia. Encuesta de Prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años y en embarazadas que asisten a Centros de Salud de Panamá, donde se encontró una prevalencia de bajo peso de 38.7% en las embarazadas. Además se encontró que el 13.5% tenían Hb 10g/dl o menos y entre éstas, el 52.3% presentaba bajo peso, lo que representa un riesgo 3.3 veces mayor (18).

En la tercera Encuesta Nacional del Estado Nutricional de menores de 5 años, embarazadas y adultos que se atendieron en las instalaciones durante una semana del año 95, se encontró que el 20.7% de las gestantes presentaron niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl y 28.9% de los adultos de ambos sexos presentaron niveles de hemoglobina inferior a 12 g/dl (19).

Según la Encuesta Nacional de Consumo realizada en 1992, el 53.2% de las familias tenían niveles de adecuación de hierro por debajo del 70%, en el área urbana se registró un 49.6% y en el área rural un 54.6% (20).

Las normas del Programa Maternal de la República de Panamá señalan que en los controles subsiguientes se debe administrar hierro en forma profiláctica (120 mg. de hierro elemental por día), rutina que es utilizada ampliamente como medida práctica para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo y el suministro de 180 mg por día de hierro elemental para su tratamiento(21).

El Programa de Atención Nutricional del Ministerio de Salud brinda alimentación complementaria a embarazadas en control prenatal con riesgo y/o bajo peso (22) y el producto que se le suministra a estas gestantes actualmente es una crema a base de harina de maíz precocida, fortificada con vitaminas y hierro.

A través de esta investigación cualitativa aplicada a embarazadas, sus cónyuges, parteras tradicionales, proveedores de servicios de salud materna y asistentes de farmacias, se identificaron los conocimientos, percepciones y prácticas en relación a la suplementación con hierro con el propósito de describir los factores socio-culturales y técnico administrativos que influyen en la efectividad de los programas de suplementación. Los resultados obtenidos, permitirán una mejor planificación de actividades educativas y modificación de programas de intervención dirigidas a prevenir y controlar la anemia por deficiencia de hierro en embarazadas.

II. OBJETIVO

A. OBJETIVO GENERAL.

Describir conocimientos, actitudes y prácticas de la población y proveedores de salud en relación a la anemia en mujeres embarazadas, con el propósito de realizar una mejor planificación del componente educativo que fortalezca las acciones en suplementación con hierro y promueva el consumo de alimentos fuentes, así como para buscar nuevas alternativas de intervención dirigidas a prevenir y controlar la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los conocimientos y prácticas de los proveedores de salud (médicos, enfermeras, ayudantes de salud) acerca de la anemia en el embarazo, sus causas, tratamiento y prevención en relación a las normas existentes en el país.
2. Describir los conocimientos y las prácticas de los proveedores de salud del sector privado (dueños y dependientes de farmacias, parteras tradicionales capacitadas) en relación a la anemia en el embarazo, sus causas, tratamiento y prevención.
3. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas y sus cónyuges, en relación al embarazo, la atención prenatal, dieta y factores asociados a la anemia durante el embarazo.

4. Describir la distribución y el consumo del complemento alimentario en las embarazadas en control prenatal.
5. Determinar el grado de satisfacción de la paciente sobre la atención recibida, el grado de comprensión y disponibilidad de las recomendaciones dadas.
6. Identificar el vocabulario empleado en la comunidad para designar la anemia.
7. Identificar los conocimientos de los encargados de suministros y verificar la existencia de suministros de hierro y multivitaminas, complemento alimentario y de material educativo.
8. Identificar necesidades de información sobre la anemia en mujeres embarazadas, así como de materiales educativos para capacitar al personal de salud.
9. Identificar oportunidades y mecanismos de comunicación existentes en la comunidad.
10. Identificar estrategias educativas y de comunicación social para prevenir o tratar adecuadamente la anemia en el embarazo.
11. Verificar el valor de la hemoglobina de las embarazadas antes de las 20 semanas de gestación para determinar prevalencia de anemia ($Hb < 11 \text{ g/dl}$).
12. Establecer la prevalencia de bajo peso en el mismo grupo de embarazadas según la curva de incremento de peso (Rosso- Mardones).

III. METODOLOGÍA

A. AREA GEOGRÁFICA:

1. Los SILOS de Santa Fe y Calobre en Veraguas, que están localizados en distritos postergados con alta población indígena y campesina, poca accesibilidad geográfica y población dispersa. En estos dos distritos se esperan unas 908 embarazadas por año de un total de 5034 mujeres en edad fértil. Se cuenta con 2 anexos Materno Infantil, atendidos por médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería y 11 Puestos de Salud atendidos por Ayudantes de Salud.
2. En el área Metropolitana en el Centro de Salud de Juan Díaz la encuesta se aplicó en un sector de alta concentración de población localizado en un área urbano marginal en donde atiende un numeroso equipo de salud, integrado

por médicos generales y especialistas, enfermeras y auxiliares de enfermería. Aquí se captan y controlan aproximadamente 1300 prenatales por año.

B. PERSONAS ENCUESTADAS

1. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, a médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería y ayudantes de salud que tuviesen relación directa con la atención de la embarazada, así como a dueños o dependientes de farmacia y 5 parteras capacitadas de los Puestos de Salud correspondientes.
2. Se aplicaron entrevistas individuales semi-estructuradas a 50 mujeres embarazadas en control prenatal y sus cónyuges que acudieron a recibir atención durante el período establecido para la investigación en los Centros y Puestos de Salud seleccionados.
3. Se aplicaron entrevistas individuales semi-estructuradas a 4 embarazadas por área que no asistían a control prenatal.
4. Se aplicaron entrevistas individuales semi-estructuradas a 5 parteras capacitadas del área de Santa Fe y San Francisco que estaban registradas en esos Centros de Salud.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ENCUESTAS A EMBARAZADAS, SUS CÓNYUGES Y EL PERSONAL DE SALUD.

Las encuestas se aplicaron a embarazadas de acuerdo a la siguiente distribución.

SANTA FÉ

Anexo Materno Infantil	7 Encuestas
Puesto de Salud El Alto	2 Encuestas
Puesto de Salud El Cuay	2 Encuestas
Puesto de Salud San José	2 Encuestas
Sub total	13 Encuestas

CALOBRE

Anexo Materno Infantil	8 Encuestas
Puesto de Salud Barnizal	2 Encuestas
Puesto de Salud El Potrero	2 Encuestas
Subtotal	12 Encuestas

Sin control prenatal 4 Encuestas

JUÁN DÍAZ

Centro de Salud	25 Encuestas
Sin control prenatal	4 Encuestas
TOTAL.....	58 Encuestas

En total se aplicaron 58 encuestas a embarazadas y 50 a sus cónyuges.

PERSONAL DE SALUD ENCUESTADO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD SELECCIONADAS EN EL ESTUDIO

	SANTA FÉ	CALOBRE	JUÁN DÍAZ	TOTAL
Médicos Generales	2	1	6	9
Especialistas G/O	-	-	2	3
Enfermeras	1	1	5	6
Auxiliares de enfermería	1	-	4	6
Ayudantes de Salud	3	2	-	5
TOTAL	7	4	17	29

C. DETERMINACION DE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA Y ESTADO NUTRICIONAL

Se registró el valor de Hemoglobina de 50 embarazadas que acudieron a control antes de las 20 semanas de gestación, según el dato del expediente clínico. Se evaluó el estado nutricional del mismo grupo de embarazadas que acudió a control antes de las 20 semanas de gestación en base a la curva de ganancia de peso de Rosso-Mardones.

D. CRONOGRAMA

La investigación se realizó en un periodo de 15 semanas distribuidas así: 8 semanas de campo; 1 semana de tabulación de los datos; 3 semanas de análisis e interpretación de los datos; 2 semanas para escribir el informe final.

Recurso Humano:

- 1 Asesor Técnico del INCAP para capacitación de los encuestadores.
 - 1 Asesor Técnico INCAP para fase de análisis técnico.
 - 1 Coordinador de Materno Infantil
 - 1 Coordinador de Nutrición
 - 2 Encuestadores/Facilitadores
- Apoyo Logístico de los Niveles Regionales y locales.

E. TIPO DE ENCUESTAS APLICADAS Y OBJETIVOS DE LAS MISMAS.

La técnica que se utilizó para la recolección de los datos fue una entrevista individual semi-estructurada.

Objetivo 1:

Describir y comparar los conocimientos y comportamientos de las embarazadas en relación al control prenatal y sus conocimientos en relación a la anemia.

- a. Entrevistas individuales semi-estructuradas a embarazadas que asistieron a consulta de control prenatal
- b. Entrevista individual semi-estructurada a embarazadas que no acudieron a consulta de control prenatal

Objetivo 2:

Identificar Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los cónyuges sobre anemia, causa, tratamiento y prevención y conocer si juegan un rol de apoyo a su pareja durante el embarazo.

- a. Entrevistas individuales semi-estructurada a cónyuges de embarazadas

Objetivo 3:

Determinar los CAP de los Proveedores de Atención en relación a la anemia.

- a. Entrevista individual semi-estructurada con dueños o dependientes de farmacia para identificar CAP sobre la anemia durante el embarazo, sus causas, tratamiento y prevención; disponibilidad y variedad de suplemento de hierro y multivitamínicos .
- b. Entrevista semi-estructurada con parteras capacitadas para conocer sus CAP sobre anemia en el embarazo, sus causas, tratamiento y prevención .
- c. Entrevista individual semi-estructurada con encargados de suministros, así como observación de existencia de suministros (tratamiento y multivitamínicos).
- d. Cuestionarios individuales semi-estructurados a médicos y enfermeras, auxiliares de enfermería y ayudantes de salud, a fin de identificar los conocimientos de este personal sobre el diagnóstico de la anemia en el embarazo, sus causas, tratamiento y prevención y existencia de materiales educativos y normas de atención.

E. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La información de las entrevistas es cualitativa, es decir que la información vertida por las informantes son los datos primarios.

Estas notas se revisaron cuidadosamente, se tabularon en la medida de lo posible, obteniéndose resultados descriptivos, los cuales fueron comparados y se anotaron las similitudes y divergencias, tratando de sacar conclusiones sobre los temas de interés.

II. RESULTADOS.

A. EMBARAZADAS.

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

1.1) NÚMERO DE EMBARAZOS

AREA RURAL

EMBARAZOS	CASOS	PORCENTAJE
1 - 2	10	34.5
3 - 4	10	43.5
5 y más	9	31.0
Total	29	100.0

AREA URBANA

EMBARAZOS	CASOS	PORCENTAJE
1 - 2	21	72.4
3 - 4	7	24.1
5 y más	1	3.5
Total	29	100.0

La población de embarazadas del área rural, consistió de un grupo de 29 mujeres, se caracterizó por una distribución homogénea en cuanto al número de embarazos. Por el contrario en el área urbana, con igual número de embarazadas, se observó un alto porcentaje (72.4%) de mujeres en su primer o segundo embarazos y solamente una (3.4%) tenía 5 o más gestaciones.

Esta diferencia entre el área rural y urbana es un reflejo de las tasas globales de fecundidad que se registran al nivel de país, en donde se observa que la reducción de este indicador ha sido más marcada en las áreas urbanas que en las rurales.

1.2) EDAD DE LAS EMBARAZADAS.

EDAD EN AÑOS	AREA RURAL		AREA URBANA	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
10 - 14	1	3.4	0	0
15 - 19	6	20.7	5	17.2
20 - 24	6	20.7	10	34.5
25 - 29	5	17.2	9	31.0
30 - 34	6	20.7	2	6.9
35 - 39	4	13.8	3	10.3
40 y más	1	3.4	0	0
TOTAL	29	100.0	29	100.0

La distribución por edades muestra diferencias interesantes entre el grupo de embarazadas correspondientes al área rural y a la urbana. En el área rural 7 embarazadas eran adolescentes (24.1%) de las cuales una era menor de 15 años. El 58.6% de las gestantes están ubicadas en las edades de menor riesgo reproductivo y en el área urbana el 72.4%; un menor porcentaje se ubica en las edades de 35 años y más (17.2% área rural y 10.3% área urbana)

En el área urbana no se captó a ninguna gestante menor de 15 años y sólo 17.2% entre las edades de 15 a 19 años. La gran mayoría (72.4%) estaba entre los 20 y los 34 años de edad y sólo 3 casos (10.3%) eran gestantes mayores de 35 años.

1. 3) EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACIÓN	AREA RURAL		AREA URBANA	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
0 a 12	4	13.8	4	13.8
13 a 24	6	20.7	4	13.8
25 a 36	13	44.8	14	48.3
37 y más	6	20.7	3	10.3
Sin información	0	0	4	13.8
TOTAL	29	100.0	29	100.0

Se observó que en ambos grupos, rural y urbano, el mayor número de embarazadas presentaban una edad gestacional entre las semanas 25 y 36.

Este dato se refiere a la edad gestacional al momento de la entrevista y no a la captación de la embarazada en el control prenatal. Sin embargo, de alguna manera refleja lo que sucede en general con la captación de las embarazadas, la cual es más frecuente en el segundo trimestre y se da aún en el tercer trimestre de gestación en un porcentaje significativo.

1. 4) VALORES DE HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA (g/dl)	AREA RURAL		AREA URBANA	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
11 o más	12	41.4	16	55.2
10 - 10.9	5	17.2	8	27.6
9 - 9.9	1	3.4	1	3.4
Sin información	11	38.0	4	13.8
TOTAL	29	100.0	29	100.0

Se revisaron los expedientes de todas las embarazadas para registrar el valor de la hemoglobina reportado en el examen realizado a la captación. En el área urbana observamos un número y porcentaje mayor de embarazadas con niveles normales de hemoglobina, es decir, valores mayores de 11 g./dl. (55.2%). La prevalencia de anemia fue mayor en el área urbana (31.0%) que en el área rural (20.6%) pero el subregistros de esta información fue mayor en el áreas rural.

En el área rural, además de contar también con 4 embarazadas sin control prenatal, hubo 7 mujeres que no se habían hecho los exámenes ordenados o que los resultados estaban aún pendientes, es decir que en un 37,9% de los casos no se contó con la información, entre las mujeres del área rural en donde es de esperar que los índices de anemia sean mayores.

La anemia leve, entre 10 y 10.9g/dl de hemoglobina, se observó en un 27.6% de las embarazadas del área urbana, solamente el 3.4% presentó una anemia moderada con un valor de Hb. entre 9 y 9.9g/dl . En este grupo no se contó con el dato de 4 gestantes (13.8%) que no se controlaron el embarazo.

1. 5) ESTADO NUTRICIONAL

Se registró el dato de la ubicación de la embarazada en la Curva de Rosso para tener una idea del estado nutricional de este grupo. La distribución fue como sigue:

ESTADO NUTRICIONAL	AREA RURAL		AREA URBANA	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Bajo peso	9	31.0	6	20.7
Normal	7	24.1	13	44.8
Sobre peso	3	10.3	1	3.4
Obesidad	1	3.4	5	17.2
Sin dato	5	17.2	0	-
Sin control	4	-	4	14.0
TOTAL	29	100.0	29	100.0

Considerando a las 25 pacientes en control prenatal en el área rural, el 36% pacientes tenían bajo peso, el 12% mostraba sobre peso. En el área urbana había un 20% de embarazadas con bajo peso y un porcentaje similar (17%) de obesas.

Es positivo el hecho de que los Centros de Salud tanto del área rural como urbana estén llevando muy bien el seguimiento de la Curva de ganancia de peso de la embarazada y que este dato estuviese disponible en el 80% y el 100% de los expedientes revisados en ambas áreas respectivamente.

1. 6) ESCOLARIDAD

Una información adicional que se recopiló en el área rural por iniciativa de la investigadora de campo, fue el nivel de escolaridad de las embarazadas consignado en el expediente. Se pudo observar la siguiente distribución:

Entre las embarazadas entrevistadas en el área rural en 9 (36%) expedientes no se registró el dato sobre su nivel de escolaridad, lo cual pone de relieve las deficiencias comunes de llenado de la historia clínica perinatal, en donde con frecuencia no se le da importancia a datos de interés socio-económico y cultural.

En los restantes expedientes se registró un solo caso de una embarazada que no había ido a la escuela (4%) y 2 casos (8%) de gestantes que no terminaron la educación primaria. El 28% completó sus estudios primarios, el 20% (5 casos) tenía educación secundaria incompleta y solamente una paciente había terminado la escuela secundaria. Ninguna en este grupo del área rural había alcanzado nivel universitario.

2. RESULTADOS DE ENTREVISTAS A EMBARAZADAS

La primera pregunta era dirigida a identificar si conocían el concepto de anemia y si podían definirla. En general sí habían oído el término pero un 25% no sabían como la definirían y otras tenían problemas para definirla. En el área urbana cerca de la mitad de las entrevistadas identificaban más la anemia falciforme, aunque algunas si sabían que hay dos tipos de anemia, una que se cura y otra no. De la anemia falciforme dicen que con ella se nace, da dolores en el cuerpo y falta de líquidos en el cuerpo.

Las definiciones más frecuentes que dan son: que es un problema o defecto de la sangre, es estar bajo de sangre o débil de sangre o con falta de vitaminas en la sangre. Una cuarta parte de las embarazadas describen la anemia como baja de hemoglobina.

Al tratar de definir la anemia tienden a hacerlo en base a sus síntomas y los que mencionan con más frecuencia son: “estar pálida, amarilla, se pone débil, baja de peso, no tiene ánimo de nada.”

Al preguntárseles si existía alguna diferencia entre anemia y hemoglobina baja, más de la mitad dijeron que no hay diferencia o que es lo mismo mientras una cuarta parte de las embarazadas dijo que no sabía si había diferencia. Algunas dijeron que sí había diferencia y que el estar baja de hemoglobina significa que uno “no se alimenta lo suficiente pero es fácil de tratar , mientras que la anemia es una enfermedad y necesita un tratamiento más grande”.

Según las embarazadas entrevistadas en el área rural, otras palabras que la gente utiliza para referirse a la anemia son baja de sangre o mal de la sangre y entre las urbanas, pálida o débil.

Al preguntar si la anemia afecta o no a la embarazada y cómo lo hace, todas contestaron que sí afecta e identificaron efectos en el niño y en la madre. Entre los posibles daños al niño están: “el niño sale anémico, el niño sale pálido y enfermo, mal desarrollo del niño, un niño pequeño, delgado, niño desnutrido o niños muertos”. Los efectos en la madre fueron menos reportados pero las que lo hicieron dijeron que cuando había anemia “la madre no tenía fuerza para parir, está baja de energía, se pone flojita, queda débil cuando pare o puede morir”.

Al preguntárseles qué creían que producía la anemia, la mayoría identificó la alimentación como causa, cuando ésta no es adecuada, no come bien o come pocos alimentos. Algunas mencionaron como causa: la falta de nutrientes o alimentos específicos, vitaminas, hierro, comidas como lentejas, poroto y huevos. Algunas de las madres hablaron de los parásitos y lombrices como asociadas a la anemia, mencionando falta de agua potable y falta de limpieza o comer cosas sucias.

Casi la mitad de las embarazadas rurales y el 90% de las urbanas reportaron que nunca habían tenido anemia y el resto, que la habían tenido durante algún embarazo o que no habían tenido anemia pero sí hemoglobina baja. De las 58 embarazadas, 38 dijeron que en la actualidad no tenían anemia y 14 manifestaron que no sabían, que creían que no y 6 que sí estaban anémicas porque el doctor se los dijo. Es interesante observar que según los datos de hemoglobina en los expedientes, solo 28 tenían valores normales y 15 presentaban anemia lo que indica que algunas de las embarazadas ignoraban su condición.

De las embarazadas que estaban anémicas o habían estado anémicas anteriormente, reportaron que cuando caminaban se cansaban, se sentían débiles, mal, con sueño o pereza. Al preguntárseles qué hicieron cuando supieron que tenían anemia, las de áreas urbanas dijeron que tomaban vitaminas o se ponían inyecciones con ampollas rojas. En el área rural algunas manifestaron que fueron al Centro de Salud, otras que no hicieron nada y dos tomaron té de canela, paico, yerbabuena y mastranto para las lombrices o valeriana, árnica y agua de carnes para la debilidad. Para curarse, la mayoría fue al Centro de Salud, una a clínica privada y en el área rural 3 al yerbatero.

En cuanto al tratamiento que le recomendaron, las que fueron al Centro de Salud dijeron que les habían dado Sulfato Ferroso, hierro o vitaminas chocolatitas y que éstas eran regaladas. Algunas que fueron directo a la farmacia compraron inyecciones o vitaminas las cuales, según su opinión, no eran caras. A las que fueron al curandero, éste les recomendó rábano, nuez moscada, valeriana y árnica.

Casi todas las mujeres reportaron que en algún momento habían tomado pastillas de hierro; el 80% en el embarazo actual, algunas en embarazos anteriores, antes del embarazo o cuando eran niñas. La gran mayoría las tomó recetadas por el médico,

en el área rural en muchos casos por la enfermera y las que las tomaron de niñas fue dado por su mamá.

Más de la mitad de las embarazadas refirió que les habían indicado tomar 2 tabletas por día y el resto 3 o 1 tableta por día . En general dijeron que las tomaron según lo indicado, pero algunas manifestaron que no las tomaron ordenadamente o lo hacían cuando se acordaban. Dijeron en su mayoría que al tomarlas se habían sentido bien, mejor o igual, pero algunas reportaron que habían sentido mucho apetito, dificultad para evacuar, ardor en el estómago o angustia.

Al preguntárseles si creían que existían alimentos buenos para evitar la anemia todas dijeron que sí, mencionando en orden de frecuencia los siguientes alimentos:

- Lentejas
- Porotos
- Frijoles
- Carnes
- Leche
- Plátanos y guineo
- Legumbres
- Frutas
- Pescado
- Verduras
- Huevo
- Tomates
- Arroz

La mitad de las entrevistadas del área rural y todas las del área urbana reportaron consumir estos alimentos, lo que se extiende a los miembros de su familia. La excepción parecen ser los vegetales que no les gusta a los niños o en el caso del área rural que no los consumen porque son caros como la carne o porque no se consiguen.

Solo 8 embarazadas del área rural y 3 de la urbana reportaron recibir Nutricrema del Centro de Salud. La forma de prepararla varía mucho, dando las siguientes respuestas:

- 1/2paquete en 8 tazas de agua
- 1 paquete en 6 tazas de agua hirviendo.
- 4 cdas. en 3 vasos de agua tibia con una latita de leche ideal.
- 3 cdas en 1 vaso de agua y cocinar sin hervir.
- 1 bolsita en 8 tazas de agua caliente.
- Disolver en agua caliente y cocinar por 15 minutos.
- Preparada en panqueques.

Todas dijeron que les gustaba la crema aunque una la encuentra muy dulce. La frecuencia con que la toman varía de una vez al día a cuatro veces al día y casi todas la ofrecen a los otros miembros de la familia.

En relación a si alguna vez habían escuchado mensajes de salud sobre la anemia en radio, televisión, periódico u otro medio que no fuera el Centro de Salud, la mitad de las entrevistadas en el área urbana dijeron que no y el resto dijeron que los vieron en la televisión, mencionando los canales 5, 4 y 13, aunque en este ultimo, el tema fue sobre Anemia falciforme. En el área rural el 80% no ha escuchado nada y las demás mencionaron que habían oído algo en Radio Veraguas, concretamente en el programa de La Enfermera y la Comunidad.

Las embarazadas del área urbana reportaron que ese día fueron atendidas por el Doctor o Doctora y algunas por el Doctor y la Enfermera. En el caso de las rurales el 50% fue atendido por la Enfermera y el resto por el Doctor. A la pregunta sobre qué se le había dicho en relación a su embarazo en la consulta, hubo muchas respuestas similares: “ que el embarazo estaba bien, que todo está bien, que no hay problema, que el bebé está bien, que está normal o que está creciendo bien”. Sólo en tres casos en el área urbana el Doctor les dijo que había problemas tales como que: “el niño venía sentado, que el bebé estaba muy grande o que ella estaba sobrepeso”. Las recomendaciones en relación a la alimentación que reportaron haber recibido fueron:

- Que tenía que comer frutas y hacer ejercicios
- Que tenía que comer frijoles y legumbres
- Que tomara jugos y verduras.
- Que no debe comer mucho arroz, no grasas y comer carne una vez a la semana.
- Que coma verduras, frutas y legumbres.
- Que debo comer de lo que más hay en la casa como plátano, otoo y yuca.
- Que procurara comer un poco más.
- Que coma frijol, pescado, gallina y carne.
- Que comiera bajo de sal
- Que no comiera sal ni grasa y no tomara soda.

En cuanto a si tenían alguna queja de la atención en el Centro de Salud, el 80% dijo que no y del resto, en el área rural se quejaron de que no hay cupo y en el área urbana de que el Doctor es un poco fuerte en su trato y que llega tarde. Sin embargo al preguntárseles que recomendaciones darían para que las embarazadas fueran mejor atendidas, aproximadamente el 30% tanto de las urbanas como de las rurales dijeron que no tenían ninguna recomendación pues estaban satisfechas. El resto si dió sugerencias que en el caso de las embarazadas rurales se relacionan con los cupos y la disponibilidad del doctor, mientras entre las urbanas están mas relacionadas con la calidad de la atención. Algunas de las recomendaciones son:

Embarazadas del área rural:

- Que se den más cupos
- Más doctores
- Que haya doctores los sábados

- Que el doctor no falte tanto.
- Que a las embarazadas las atiendan primero.

Embarazadas del área urbana:

- Que los médicos lleguen más temprano.
- Que sean más amables las personas en la ventanilla.
- Más orientación en el transcurso del embarazo
- Que mejoren su humor.
- Que las secretarias hablen menos y atiendan más al público.
- Mejor comodidad para esperar.

B. CÓNYUGES

1) INFORMACIÓN GENERAL

EDAD DEL CÓNYUGE

EDAD	ÁREA RURAL		ÁREA URBANA	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
15 - 24	3	12.0	9	36.0
25 - 34	14	56.0	10	40.0
35 - 44	5	20.0	6	16.0
45 - 54	3	12.0	0	0.0
TOTAL	25	100.0	25	100.0

Tanto en el área urbana como la rural se entrevistaron 25 cónyuges cuyas edades oscilaban en su mayoría entre 25 a 34 años.

2) RESULTADOS DE ENTREVISTAS A CÓNYUGES.

Se les preguntó que si sabían que era la anemia y se encontró que hay diferencias entre los cónyuges del área rural y urbana en donde el término anemia lo asocian más con anemia falciforme. Las definiciones más frecuentes fueron:

Área rural: “palidez, baja de sangre, cuando la persona está amarilla, sin fortaleza, enfermedad de la sangre, no tiene suficiente sangre, sin fuerza para trabajar”.

Área urbana: “enfermedad que perjudica, la sangre está débil, hemoglobina baja, enfermedad mala de la sangre, cuando tiene diferentes tipos de sangre entre las parejas, es una enfermedad hereditaria, enfermedad de los órganos adentro, enfermedad que da en los huesos, es anemia falciforme”

El 40% de los cónyuges del área rural dijeron que no sabían la diferencia entre anemia y hemoglobina baja o que no conocían el término hemoglobina baja, y el 25% dijeron que es lo mismo o casi lo mismo. El resto dieron opiniones como: “cuando hay anemia la hemoglobina permanece baja, que hemoglobina baja es cuando uno de los glóbulos se sobrepasa en cantidad y anemia cuando hay más glóbulos blancos”. En el área urbana solo 3 cónyuges dijeron que no sabían y 6 manifestaron que era lo mismo. La mayoría dio diferentes opiniones como:

- La hemoglobina baja es la causa y la anemia el efecto.
- La anemia es una enfermedad y la otra es un flujo bajo de sangre.
- Hemoglobina trata de la sangre y la anemia de otra enfermedad.
- La anemia comienza cuando la hemoglobina está mal.
- Anemia es la enfermedad que se come los glóbulos rojos y la hemoglobina se come la sangre.
- Anemia es baja de hemoglobina y la hemoglobina baja de glóbulos rojos.
- Hemoglobina baja es consecuencia de la mala alimentación y la anemia una enfermedad congénita.

En cuanto a qué otras palabras usa la gente para referirse a la anemia, 5 de los cónyuges del área rural dijeron que no sabían y el resto mencionó bajo de sangre, amarillo o bajo de hemoglobina. Entre los cónyuges del área urbana la respuesta más frecuente dada por el 50% de los entrevistados fue “pálida”, y otros dijeron que flaco, débil o decaído, desnutrido o enfermo.

El 80% de los cónyuges del área urbana y 50% de la rural dijeron que los más afectados por la anemia son los niños por diversas razones como: “porque están chiquitos, son más débiles, cuando nacen vienen con defensas bajas, no pueden buscar su comida, mala alimentación, comen cosas sucias y tienen parásitos, porque las mamás no le dan comida a tiempo, la mamá no tiene recurso para darle la comida, están en la etapa de crecimiento, andan descalzos y se llenan de lombrices, no se les controla la comida y comen muchas burundangas”.

Los demás cónyuges opinaron que las más afectadas son las embarazadas y unos pocos que los ancianos y las personas de bajos recursos económicos. Las causas mencionadas en el caso de las embarazadas fueron que no se alimentan bien o pierden fuerza con el embarazo y en los ancianos que no se alimentan bien, lo mismo que las personas de bajos recursos que por falta de dinero no tienen acceso a una alimentación adecuada.

A la pregunta de si creían que a la mujer embarazada la afecta el tener anemia, sólo dos cónyuges del área urbana dijeron que no porque las mujeres anémicas paren bien. Los otros respondieron que sí les afecta y las razones mencionadas con mayor frecuencia fueron: “le afecta a la hora de parir porque no tiene fuerza, o le puede ocurrir un derrame de sangre y abortar”. Las otras razones las relacionan más con su efecto en el niño como que “no alimenta bien a la criatura, el niño nace bajo

de peso, sin fuerza o flaquito, afecta el desarrollo del niño, el niño nace mal, nace bajo de hemoglobina.”

La mayoría de los cónyuges opinó que no es normal el tener anemia en el embarazo aunque en el área rural y algunos de los cónyuges urbanos, sus respuestas están más relacionadas con el daño que produce o sus efectos en el niño que en la madre. El resto de los cónyuges del área urbana dijeron que la anemia no es normal porque se deriva de una mala alimentación o que si esta bien alimentada la embarazada no debe tener anemia y dos mencionan que es hereditaria.

El 90% de los entrevistados reportaron que ni ellos ni sus familiares habían tenido anemia y los demás que los que la tuvieron o tienen actualmente son su tía, mamá, esposa, hermana y abuelo, pero solo tres de ellas la sufren actualmente. En un caso particular dice que su esposa es portadora de Anemia falciforme.

A la pregunta concreta de que si su esposa ha tenido anemia durante su embarazo el 86% de los cónyuges reportó que no y los otros que sí o que creían que sí. De los 7 entrevistados (3 rurales y 4 urbanos), que dijeron que sus esposas sí tenían o habían tenido anemia en el embarazo, tres se referían a Anemia falciforme, uno porque lo dijo explícitamente y los otros por los síntomas que mencionaban tales como dolores en las articulaciones y el abdomen. En los otros casos, lo supieron por los exámenes o porque el doctor se los dijo pero ellos reportaron que sus esposas se veían pálidas, estaban débiles y dormían mucho. Para curarse todas fueron al Centro de Salud, al Seguro Social o al medico. En todos los casos les recetaron algún medicamento; en los casos de Anemia falciforme ácido fólico o inyecciones de complejo B y en los otros sulfato ferroso o vitaminas. Los que las compraron encontraron que eran caras y a los otras se las dieron gratis en el Centro de Salud. Según ellos al tomarlas ellas se sintieron mejor y comían más.

Expresaron que la anemia se puede prevenir: “alimentándose bien, comiendo carne, lentejas y porotos, comiendo alimentos ricos en hierro, una dieta balanceada, tomando mucha leche, alimentándose con los tres grupos básicos”. Entre los cónyuges del área rural se mencionan varias acciones relacionadas con los parásitos como: “hervir el agua, usar zapatos, asearse, no tomar agua de quebradas, ríos, ni cosas sucias, manteniendo la higiene o curando de parásitos a los niños”. Unos pocos mencionaron que se podía evitar la anemia tomando medicamentos, pastillas, vitaminas o tónicos y dos dijeron que no casándose con personas portadoras de anemia falciforme.

La opinión sobre las pastillas de hierro que les recetan durante el embarazo es en general positiva aunque el 18% dijo que no sabía si eran buenas o no estaban seguros y uno de ellos consideró que no eran buenas porque son a base de muchos químicos. Entre los que opinaron que sí eran buenas las razones que dieron fueron: “si los doctores las recetan es porque está bien; sirven para la sangre; sirven para mantener al bebe; ayudan a prepararse para la perdida de sangre; el hierro ayuda a subir las defensas del cuerpo; para subir la hemoglobina o son suplementos de los alimentos, pero lo mejor es que sean naturales”.

A la pregunta sobre si creían que existen alimentos para prevenir la anemia, 5 dijeron que no sabían y los demás que sí. Los alimentos mencionados según orden de frecuencia fueron:

- Porotos, lentejas y frijoles.
- Carnes.
- Leche
- Legumbres o vegetales
- Pescado
- Frutas
- Arroz
- Plátano
- Berro.

En general, ellos reportan que sí los consumen y les gusta, con excepción de tres cónyuges que no consumen vegetales.

Según la información de los cónyuges, 7 de las embarazadas (4 rurales y 3 urbanas) han recibido crema del Centro de Salud y en cuanto a la frecuencia con que la toman, 2 no saben, 3 dijeron que de vez en cuando y otro que hay que forzarla para que la tome una vez al día. En los cuatro casos del área rural la crema la toman además otros miembros de la familia.

C. PARTERAS TRADICIONALES

1) INFORMACIÓN GENERAL.

En el área urbana no existen parteras tradicionales. En el área rural se entrevistaron a 5 parteras capacitadas de las cuales 3 eran del área de Santa Fé y 2 de Calobre. Dos de las parteras entrevistadas tenían poco tiempo de desempeñarse como tales en su comunidad, informando que lo hacían desde hace uno a dos años. Las otras tres parteras tenían muchos años de ejercer; una tenía 43 años de experiencia, otra 44 años y la tercera contaba 22 años de ser partera. Todas habían sido capacitadas hace tres años en atención del parto limpio, atención del recién nacido y en la identificación de factores de riesgo para la referencia oportuna.

2) RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A LAS PARTERAS TRADICIONALES

Al preguntarles a las parteras tradicionales si sabían lo que era la anemia, estaba claro que estaban familiarizadas con este concepto. Cuatro de ellas lo definieron como un problema de la sangre, lo cual suelen llamar “estar bajo de sangre”. Las cinco parteras utilizaron además los síntomas propios de la anemia para definirla, tales como la debilidad, la cual describen también como “desgano, flojera, falta de

voluntad, falta de fuerza, estar sin ganas de hacer nada”. Tres de las cinco parteras señalaron también la “falta de color, la palidez, tener como un paño en la cara, verse amarilla” como señales que identifican a la persona anémica.

Cuatro de las cinco parteras dijeron que no había diferencia entre anemia y hemoglobina baja, que consideraban que era lo mismo. Una de ellas tenía la idea de que la persona anémica “tiene menos glóbulos rojos” y la persona con hemoglobina baja “tiene más glóbulos blancos”. Esta respuesta fue dada por la partera de menor experiencia del grupo.

Tres de las parteras negaron tener embarazadas anémicas en su comunidad, basado en que “se ven con buen color, tienen ganas de hacer todo” o que ellas saben que están tomando medicamentos para prevenir la anemia. Dos de las parteras indicaron que sí tenían embarazadas anémicas y una de ellas identificaba a una sola de sus embarazadas como anémica.

Se basaban en los síntomas y signos de la anemia al destacar todas ellas la palidez o el color amarillento de las embarazadas anémicas y también su “flojera, pereza la cual alguna describió como “querer estar acostada todo el día”. Una de las parteras también observó que las embarazadas anémicas “se hinchan desde los primeros meses del embarazo”.

Cuatro de las cinco parteras asocian la anemia a la desnutrición o la alimentación inadecuada al mencionar factores tales como “falta de alimentación; no comen legumbres y frutas”. Sólo una menciona la ausencia de carne o frijoles en la alimentación “porque no hay o no se consigue en el campo” refiriéndose a dos fuentes específicas de hierro. Dos de las parteras consideraron que también la falta de vitaminas es causa de la anemia. Una de ellas se refiere a que las embarazadas “no se toman los medicamentos que les dan en el Centro de Salud”.

Una de las parteras considera que el consumo de sal no refinada es causa de la anemia y reconoce que esta es la causa de que “se vea mucho bocio o coto”. Otra partera, la cual tiene poco más de un año de serlo, asocia la anemia a la falta de aseo, sin dar más explicaciones al respecto.

Con relación a la falta de alimentación, una de las parteras destaca como causa “la pobreza y la falta de tierras para producir”. Las cinco parteras expresaron la necesidad de que la embarazada tenga una mejor alimentación y mencionaron aquellos productos que consideran útiles para prevenir la anemia, tales como los porotos, las lentejas, las frutas y las verduras. Una partera agregó otros elementos como que la embarazada debe evitar fumar y las bebidas alcohólicas, que ella llama “guarito”.

Las parteras están conscientes de que ellas no están en capacidad de tratar una anemia establecida y todas saben que deben referir a las embarazadas a los Centros de Salud cuando creen que están anémicas para que se les dé algún medicamento. Una de ellas se queja de no tener nada para darle a estas embarazadas. Las cinco

mencionaron el Centro de Salud como el primer lugar al cual refieren a sus embarazadas, sin embargo dos de ellas también mencionaron al “yerbero” o “curandero”.

Según cuatro de las parteras el término más común como se conoce la anemia en su comunidad es “estar bajo de sangre” pero que también se utiliza otros términos como “debilidad, flojera, pereza y sueño” como de común interpretación en la comunidad cuando alguien está anémico.

Tres de las parteras identificaron a los niños como los más susceptibles de tener anemia y ésto lo asocian a que “comen todo sucio; se meten todo a la boca; les da parásitos”. Solamente una de las parteras mencionó a las embarazadas como grupo susceptible de tener anemia, pero piensa que ésto afecta al niño porque “nace chiquito y flaquito”. Dos parteras explican que entre las personas adultas y ancianas, se exponen a la anemia “los que comen solamente arroz y los que toman mucha “chicha fuerte”, reconociendo la alimentación inadecuada y el abuso del alcohol como un factor predisponente.

A la vez que suelen enviar al Centro de Salud, al doctor o al Hospital a sus embarazadas anémicas, las parteras expresaron que ellas les dan orientación a las gestantes sobre las cosas que deben comer y algunas incluso sobre productos que deben sembrar. Todas saben que en el Centro de Salud las embarazadas van a recibir pastillas que describen como “chocolates, amarillas o rosadas” y también como “vitaminas”.

Dos de las parteras destacan que las pastillas tienen algunos inconvenientes tales como “dan ganas de vomitar, huelen mal”. Sin embargo ambas aclaran que le insisten a las embarazadas que deben tomarlas. Las otras tres parteras describen las bondades de las pastillas porque “abren el apetito, producen alivio del cansancio, son buenas para la embarazada y el niño y aumentan la bajeza de la sangre”.

Ellas niegan dar algún tratamiento médico a las embarazadas anémicas por la razón de que no disponen del mismo. Sin embargo tres de ellas estarían dispuestas a suministrarlo si les fuera disponible. Una de ellas, la de mayor experiencia, dijo que “si pudiera les daría Fermarato de una a dos pastillas diarias”.

Todas las parteras dijeron conocer que hay alimentos que ayudan a evitar la anemia, mencionaron ejemplos y aseguraron recomendarlos a sus embarazadas. Entre los alimentos que conocían, todas mencionaron los porotos, las lentejas y los frijoles. Los demás alimentos mencionados variaron mucho, pero todas parecen ser de la opinión que el plátano y el guineo ayudan a prevenir la anemia. Solamente una mencionó la carne, pero resaltó que si ésta no se consume “no es tan importante si se come lentejas, porotos y frijol de bejuco”.

Las cinco parteras conocían el programa de distribución de crema a las embarazadas que se da en los Centros de Salud, pero también dijeron que en la actualidad no se está distribuyendo o que no sabían con seguridad si se estaba dando crema a las

embarazadas en este momento. Todas opinaron que es algo bueno y una de ellas lamentó no poder ayudar a distribuir la crema.

D. PERSONAL DE SALUD.

Se aplicó este cuestionario a un total de 29 funcionarios de salud, 11 médicos, 11 enfermeras y 7 auxiliares de enfermería. Este personal labora en 3 Centros de Salud, 17 corresponden al área urbana (57%) y 13 al área rural (43%).

Más de la mitad de estos funcionarios opinan que la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas en el país es alta y consideran que esto se debe principalmente a deficiencia de hierro y/ o ácido fólico. Usualmente en la práctica se diagnostica la anemia en una persona a través de signos clínicos, hemoglobina y hematocrito.

Tanto los funcionarios del área rural como la urbana, mencionan entre las consecuencias de la deficiencia de hierro la anemia, la disminución de la capacidad de trabajo y el bajo peso al nacer. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la anemia por deficiencia de hierro se mencionan la dieta inadecuada, requerimientos aumentados de hierro y alteración en la utilización del hierro.

Las recomendaciones que se brindan para prevenir la deficiencia de hierro durante los dos primeros dos años de vida, están las de ingerir una dieta balanceada, la suplementación, los controles periódicos de salud, dieta rica en hierro, lactancia materna, aumentar el consumo de carnes, legumbres y frutas. Las razones que obedecen a estas recomendaciones son: “que en los alimentos se encuentran los requerimientos nutricionales; durante los controles de salud se dan cuenta cuando el niño está deficiente en hierro; el cerebro crece el 85% de su curva de crecimiento normal; es la edad que más se requiere y el niño adquiere buenos hábitos de alimentación”.

Para catalogar las embarazadas como anémicas, solamente un tercio de los funcionarios entrevistados señalan como punto de corte para diagnosticar anemia en el embarazo niveles de hemoglobina inferiores a 11.0 g/dl y para los hombres solo el 25% conoce que la norma de atención del adulto establece como punto de corte para anemia la hemoglobina inferior a 13g/dl.

Entre las recomendaciones que estos funcionarios les brindan a las mujeres para prevenir la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo están las de mantener una dieta balanceada, ingerir alimentos ricos en hierro, administrar sales de hierro y ácido fólico y controles prenatales.

De los diez médicos generales encuestados, el 80.0% receta frecuentemente suplementos de hierro, en casos de anemia ferropénica o cuando la alimentación de la embarazada es muy deficiente. Consideran que toda embarazada debe recibir hierro durante el embarazo; mejorar la anemia; tratar la parasitosis; suplementar dietas carenciales y consumir una dieta rica en hierro.

Según las Normas Técnico-administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer, se recomienda la administración de 120mg de hierro elemental cada día. El 75% de los encuestados cumplen con los criterios establecidos de suplementación preventiva, siendo mayor en el área urbana (73%) que en el área rural (26%).

Las embarazadas, escolares y preescolares son los grupos de población a quienes se les prescribe con mayor frecuencia suplementos de hierro. El 41.0% aconseja la suplementación con hierro a un recién nacido a término con peso normal alimentado exclusivamente con leche materna, a partir de los 4-6 meses de edad. Uno de cada dos funcionarios no suplementan a éstos niños, tanto en el área urbana como en la rural.

Entre las estrategias para prevenir y controlar la deficiencia de hierro mencionaron la educación sobre alimentación, suplementación, ingerir alimentos ricos en hierro, alimentación adecuada, realizarse exámenes de laboratorio, buenos controles de crecimiento y desarrollo, control de salud en el adulto, mejorar la dieta, promoción de la lactancia, educación al personal de salud, fortificación de alimentos, disminuir el costo de alimentos ricos en hierro y mejorar el status socioeconómico de la población.

De los 26 entrevistados, el 65.4% de los funcionarios que laboran en el área urbana y el 34.6% de los del área rural, consideran que es bastante importante prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro, ya que esta causa deficiencia intelectual, afecta el rendimiento del organismo, causa enfermedades, y produce bajo peso al nacer y alteraciones al feto.

Los funcionarios manifestaron que los obstáculos para prevenir y corregir la anemia en el embarazo son: que las gestantes no acuden periódicamente al control prenatal, tienen bajos recursos; los pacientes no toman los medicamentos diariamente; falta de educación masiva; difícil acceso y que no se hacen los laboratorios ordenados.

La mayoría de los funcionarios creen que su Centro de Salud es bastante efectivo en prevenir y corregir la anemia del embarazo. Esta proporción es mayor en el área urbana (64%) que en el área rural(36%).

E. ENCARGADOS Y DEPENDIENTES DE FARMACIA

Se entrevistaron cinco encargados y/o dependientes de farmacia, uno labora en el área rural (San Francisco) y cuatro en el área urbana(Juan Díaz). La entrevista consistió en definir el concepto de anemia, si existe diferencia entre anemia y la hemoglobina baja, síntomas y signos, causas de la anemia, grupos más vulnerables, los términos que usan las personas para referir anemia, diagnóstico, tratamiento e insumos .

Más de la mitad de los encuestados definieron la anemia como “baja de hemoglobina, palidez, es una deficiencia de hierro, poca sangre, debilidad y disminución de los glóbulos rojos en la sangre” . La mayoría dijo que no existe diferencia entre anemia y la hemoglobina baja.

Entre los signos que mencionaron cuando la persona está anémica están: la palidez, la debilidad y pereza. Dos de los encargados de farmacia dijeron que creen que la anemia se debe a la falta de una buena alimentación, por genética, falta de educación, mala nutrición y mala asimilación de hierro en la sangre.

Mencionaron que las personas más afectadas por la anemia son los niños y las embarazadas. En el caso de los niños manifestaron que es “debido a los parásitos”, “deficiencias o desórdenes del apetito” y que la embarazada “necesita tener la hemoglobina alta para el desarrollo del feto”. Entre las palabras que usa la gente para referirse a la anemia reportaron las siguientes: baja de sangre, pálido, pereza, baja de hemoglobina, desnutrido y lombrices.

Tres consideran que una gestante presenta anemia cuando el valor de hemoglobina es igual a 10.0 g/dl y el resto cuando la hemoglobina es inferior a 12.0 g/dl.

Entre los tratamientos que recomiendan a la embarazada para prevenir la anemia , mencionaron suplementos de hierro como el Fermafolic, Fermarato y Cromantovic ampollas bebibles, alimentos ricos en hierro, “alimentarse bien con frutas y vegetales” alimentos ricos en vitamina C” y ” comer remolacha”.

Los suplementos de hierro lo recomiendan una o dos veces al día, por unos 22 días o un mes, cinco meses y por todo el embarazo. Todas las farmacias cuentan con suficientes suministros de medicamentos para la anemia. Obtienen información respecto a las medicinas y su aplicación a través de seminarios

Dos de los farmacéutas refieren pacientes a Centros de Salud, en casos de personas muy mayores, niños que refieren pereza, sueño y palidez . Uno manifiesta que la gente consulta la farmacia en lugar de ir al Centro de Salud o Puesto de Salud, por que los Centros de Salud están saturados, vienen de muy lejos, porque la farmacia tiene mucho prestigio, por falta de tiempo, asesoría farmacéutica y por ahorrarse la consulta.

Las personas compran pastillas de hierro por “debilidad” y “falta de sangre” y quiénes las compran son las madres de los niños y embarazadas. Algunos creen que la gente compra el medicamento para la anemia por lo que dice la radio.

Entre los alimentos buenos para prevenir y tratar la anemia, mencionaron en orden descendente:

- las menestras
- carnes
- plátano
- berro
- espinaca
- cereales
- huevo
- legumbres

F. OBSERVACIÓN DE SUMINISTROS NECESARIOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.

Esta guía se aplicó a los responsables de 3 Centros de Salud, uno del área urbana y 2 del área rural. Todas estas instalaciones en el momento de la entrevista contaban con el programa de suplementación de hierro.

La frecuencia de pedido de los suplementos se realiza en forma mensual. Hace tres meses que recibieron la última entrega y existen suplementos en el momento de la aplicación del instrumento. La presentación del suplemento que existe en estos Centros de Salud está disponible en forma de jarabe y tabletas y se pide de acuerdo a la programación del almacén de medicamentos del nivel regional.. Señalaron que en el área rural a veces faltan los suplementos, en cambio en el área urbana nunca faltan.

Dos de los funcionarios manifestaron que no existe un programa educativo para enseñar cómo prevenir la deficiencia de hierro . Los Centros de Salud del área rural cuentan con carteles y panfletos, en tanto, el Centro de Salud del área urbana no cuenta con ningún material educativo. El responsable del programa educativo a nivel urbano es el educador para la salud y en el área rural es la enfermera, el asistente de salud y el voluntario de JICA.

Todos los funcionarios indicaron que no han sido capacitados en aspectos de prevención y control de la deficiencia de hierro o anemia. El funcionario del centro de salud del área urbana solicitó la dotación de material educativo de anemia.

En los tres Centros de Salud es posible realizar determinaciones de hemoglobina y/o hematocrito. Entre otros exámenes de laboratorio que se utilizan en estos Centros de Salud para el diagnóstico de anemia o deficiencia de hierro mencionaron el frotis periférico.

El funcionario del Centro de Salud del área urbana no conocía el manual de Normas del Programa Integral de Atención a la Niñez, en tanto, los funcionarios del área rural sí conocían estas normas. Todas las instalaciones de salud cuentan con éstas normas.

V. CONCLUSIONES

A. Embarazadas.

- La mayoría de las embarazadas estaban familiarizadas con el término de anemia y las describen por sus síntomas más comunes.
- Más de la mitad saben que no hay diferencia entre anemia y hemoglobina baja.
- Existe diferencia en la forma de denominar la anemia en el área rural y en la urbana siendo en la primera más frecuente hablar de bajo de sangre o mal de la sangre y en el área urbana se refieren a síntomas principalmente palidez y debilidad.
- Saben que la anemia afecta negativamente el embarazo pero perciben más el riesgo de daño en el niño que en ellas mismas, asociándolo más con dificultades para parir, pero no como riesgo de muerte.
- En general identifican la alimentación inadecuada como causa principal de la anemia aunque con alguna frecuencia mencionan el parasitismo asociado a pobres medidas de higiene.
- En muchos casos las embarazadas ignoraban si estaban o no anémica, indicando deficiencia en la orientación en la consulta prenatal.
- En general las embarazadas cuando tienen anemia, acuden al Centro de Salud aunque en el área rural algunas acuden al yerbatero y utilizan medicina tradicional.
- Las recomendaciones de los curanderos parecen ir más dirigidas a manejar los síntomas de parasitosis que a mejorar los niveles de hemoglobina.
- Todas las embarazadas recibían o habían recibido suplementos de hierro durante el embarazo actual y en embarazos anteriores, lo que indica que es una práctica establecida en los Centros de Salud.
- Más de la mitad de las embarazadas reportaron tomar las tabletas de hierro según la norma de suplementación preventiva y señalaron sentirse mejor al tomarlas.
- Pocas embarazadas manifestaron efectos secundarios del suplemento tales como constipación, angustia (nauseas) y ardor en el estómago.
- En general saben identificar los alimentos fuentes de hierro aunque incluyen algunos que no lo contienen como el plátano, guineo, arroz y leche.
- El consumo de los alimentos fuentes de hierro es mayor entre las embarazadas del área urbana que en las del área rural por razones de precio y de disponibilidad.
- Las embarazadas en el Programa de alimentación complementaria no preparan ni consumen la Nutricrema según las instrucciones correctas y además la comparten con otros miembros de la familia lo que reduce el efecto positivo de este complemento.
- Los medios de comunicación masivos no constituyen una fuente de información de importancia sobre el tema de la anemia para este grupo, especialmente en las áreas rurales.
- En los Centros de Salud del área rural hay mayor participación de la Enfermera en la atención del control prenatal.

- Las orientaciones de los médicos y enfermeras en cuanto a la alimentación durante el embarazo reflejan más su preocupación por la ganancia de peso que hacia la prevención de la anemia.
- En general las embarazadas están satisfechas con la atención en los Centros de Salud aunque algunas señalaron recomendaciones que en el área rural iban más dirigidas a la disponibilidad de médicos y de cupos, mientras que en el área urbana las sugerencias van más hacia el mejoramiento de la calidad y calidez de la atención por parte del personal.

B. Cónyuges.

- Los cónyuges en general conocen la anemia e identifican sus síntomas aunque llama la atención que en el área urbana la confunden con frecuencia con la anemia falciforme.
- Sólo una cuarta parte de los cónyuges tienen información correcta sobre el hecho de que la anemia y la hemoglobina baja es lo mismo.
- La identificación de términos para referirse a la anemia coincide con lo manifestado por las embarazadas tanto en el área urbana como la rural.
- Los cónyuges parecen tener mayor conocimiento que sus compañeras sobre los riesgos específicos de la anemia durante el embarazo y parto tanto para la madre como para el niño.
- Como en general no acompañan a sus compañeras al control prenatal, los cónyuges también ignoran la condición de anemia durante el embarazo.
- Las respuestas de los cónyuges en relación a la prevención de la anemia refuerzan la observación ya establecida de que en el área urbana las medidas de prevención son de tipo alimentario y en el área rural al tratamiento del parasitismo.
- No hubo diferencia en los conocimientos de los alimentos fuentes de hierro entre los cónyuges y sus compañeras.

C. Parteras.

- Las parteras tienen claro el concepto de anemia y saben que es equivalente a baja hemoglobina.
- La anemia es denominada “baja de sangre” entre las parteras y en la comunidad.
- Las parteras saben identificar a las embarazadas anémicas con base en los signos y síntomas principalmente la palidez y la debilidad.
- Las parteras tienen nociones generales de las causas de la anemia, pero necesitan una mayor profundización del tema para aclarar algunos conceptos confusos o erróneos.
- En relación a los alimentos fuentes de hierro todas mencionaron las menestras aunque persiste en todas la creencia de que el plátano y el guineo son fuentes de hierro.

- Las parteras no conocen con exactitud el tipo de suplemento ni las dosis adecuadas para prevenir y tratar la anemia en la embarazada.
- Las parteras capacitadas y vinculadas al Centro de Salud saben que deben referir a sus embarazadas anémicas.
- Las parteras están más conscientes de los riesgos que la anemia representa para el producto y los niños en general que para las embarazadas.

D. Funcionarios de Salud.

- La mayoría de los Funcionarios de Salud consideran que la prevalencia de anemia en embarazadas es alta en el país y que se debe principalmente a la deficiencia de hierro y/o de ácido fólico. Sin embargo no dan la importancia necesaria a su prevención.
- Sus conocimientos en relación a los factores que causan la anemia nutricional son correctos.
- Como consecuencias de la deficiencia de hierro mencionaron solamente la disminución de la capacidad de trabajo y el bajo peso al nacer.
- Las recomendaciones para prevenir la deficiencia de hierro en los dos primeros años de vida brindada por estos funcionarios son adecuadas, pero hubo deficiencia en la aplicación de la Norma de Suplementación con hierro a niños a partir de los 4 a 6 meses de edad.
- Solamente un tercio de los entrevistados señaló como punto de corte para diagnosticar anemia en el embarazo niveles de hemoglobina inferiores a 11.0 g/dl como lo establece la norma. Asimismo en relación a la anemia del hombre adulto sólo una cuarta parte de los entrevistados identificó los 13 g/dl como punto de corte para el diagnóstico de anemia.
- El 80% de los médicos prescriben suplementos de hierro y ácido fólico a todas las embarazadas durante el control prenatal.
- El cumplimiento de las normas en cuanto a las dosis preventiva es deficiente en el área rural y debería ser mejorado en el área urbana.
- Los funcionarios identificaron con claridad las estrategias para prevenir y controlar la deficiencia de hierro.

E. Encargados y dependientes de farmacia

- Los encargados de farmacia sabían definir la anemia e identifican sus síntomas, pero algunos confunden la anemia con la anemia falciforme.
- Reconocen a los niños y a las embarazadas como los grupos más vulnerables para la anemia y señalan como causas principales la mala alimentación y la parasitosis.
- Los tratamientos que recomiendan tanto medicamentosos como alimentarios son adecuados, con excepción de la remolacha y el plátano, los cuales no son fuente ni de hierro ni de Vitamina C.
- Todas las farmacias contaban con suficientes suministros de suplementos de hierro.

VI. RECOMENDACIONES

- Se requiere la actualización y reforzamiento de los funcionarios de Salud en materia de diagnóstico, manejo de normas de suplementación preventiva y terapéutica y en educación nutricional.
- El riesgo obstétrico de la anemia en la embarazada se debe enfatizar tanto en la capacitación al personal de salud, como a las parteras, las embarazadas y sus cónyuges.
- Las acciones educativas a nivel de la comunidad y de las instalaciones de salud de atención primaria deben reforzarse en materia de biodisponibilidad del hierro en la dieta.
- Las parteras deben ser consideradas como medio para administrar los suplementos de hierro de manera preventiva a las embarazadas con difícil acceso a los servicios de salud.
- Se deber reforzar la orientación al personal y a las embarazadas para la preparación y consumo de la Nutricrema.
- Es necesario reforzar el conocimiento de las parteras acerca de los alimentos que son fuente de hierro y el rol que otros alimentos o contenidos de la dieta pueden tener como promotores o inhibidores de la absorción del hierro.

VII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Seminario sobre Anemias Nutricionales en el Brasil, Brasilia, 1977. Relatorio Final. Brasilia, INAN, 1977.
2. Flores, M. F. Y col. Un problema nutricional activo: la deficiencia de hierro y anemia de la mujer embarazada. Rev. Costarric. Ciencias. Médica., 5:52-60, 1984.
3. Liza, P. Y col. Deficiencia de hierro y folatos en mujeres embarazadas de término. Rev. Med. Chile, 112:127-31, 1984.
4. Szarfarc, S.C. Anemia ferropriva en puérperas y recién nacidos de un grupo poblacional de bajo nivel socioeconómico de San Pablo (Brasil), 1972 (Tesis de Doctorado-Facultad de Salud Pública de la USP).
5. Mora, J.O. Nutrición Materna y Crecimiento Fetal. Rev. Soc. Ven. Gen., 37(1-2):1-5, 1983.
6. Ministerio de Salud. Departamento de Nutrición y Dietética. Porcentaje de la población panameña con deficiencias nutricionales. 1987.
7. Kaltreider, D.F. y Jonhson, J.W. Patients at high risk for low birth delivery. Amer. J. Obstetric Gynec., 124: 252-6, 1988.
8. Lieberman, E. Y col. Association of maternal hematocrit with premature labor. Amer. J. Obstet. Gynec., 159: 107-14, 1988.
9. Macgregor, M.W. Maternal anemia as a factor in prematurity and perinatal mortality, Scot. Med. J. 8:134_40, 1993.
10. Mitchell, M.C. y Lerner, E. Factors that influence the outcome of pregnancy in middle class women. J. Amer. Diet. Assoc., 87(6):731-5, 1987.
11. Ministerio de Salud, Panamá. Depto de Estadística. 1996.
12. Ministerio de Salud, Panamá. Departamento Materno Infantil. Programa Maternal, estadísticas de 1996.
13. Ministerio de Planificación y Política Económica. Panamá. Niveles de satisfacción de las necesidades básicas, mapa de la pobreza, 1993.
14. Ministerio de Salud, INCAP/OPS. Encuesta Nutricional de Panamá, 1968.

15. Ministerio de Salud. Encuesta de prevalencia de desnutrición de embarazadas y niños menores de 5 años que asisten a Centros de Salud de Panamá. 1992.
16. Sinisterra, O. Riesgos nutricionales en las embarazadas (Comunicación personal).
17. Ministerio de Salud. Departamento Materno Infantil. Panamá, Reporte interno, 1992.
18. Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición. Ila Encuesta de desnutrición, 1994.
19. Sinisterra, O., Ceballos ,E., Amarís, A y col. III Encuesta nacional del estado nutricional de menores de 5 años, embarazadas y adultos. Ministerio de Salud, Departamento de Nutrición, 1998.
20. Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Consumo, Panamá, 1993.
21. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Normas técnicas y administrativas del programa de Salud Integral de la mujer, 1995.
22. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Normas técnicas y administrativas del Programa Integral de atención a la Niñez, 1995.