

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECIENTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
Y CIRUGÍA



“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que reciben atención del parto en el Hospital Asunción de Juigalpa, en el mes Julio, Agosto y Septiembre año 2017.”

- AUTORES:

Br. Luis Alberto Chavarría Balladares.

Br. Christopher Ashley Lizano.

- TUTOR CIENTÍFICO:

Dr. Ricardo Delgado.

Médico Especialista Ginecoobstetricia, Jefe Servicio Ginecoobstetricia, Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa.

- TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. Karlos Alvarado.

Médico Especialista Medicina Interna, Jefe Servicio Medicina Interna, Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

Tema

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que reciben atención del parto en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el mes de Julio, Agosto y Septiembre del año 2017.

Dedicatoria

Dedicamos éste trabajo a todos nuestros familiares y amigos que nos brindaron su apoyo para la realización de éste estudio.

También a las participantes que enfáticamente aceptaron participar en nuestro estudio.

Por ellos, a la población Nicaragüense, a la que nos debemos.

Agradecimientos

Primeramente a Dios por permitirnos desempeñarnos en tan hermosa carrera y poder defender éste estudio para optar al título de Médico y cirujano.

A la UNAN Managua por capacitarnos con la calidad que el país necesita y así ser pieza fundamental en la mejoría de la calidad de la atención médica para el pueblo Nicaragüense.

A nuestros padres y madres y todos aquellos que nos brindaron el apoyo incondicional para poder alcanzar nuestro sueño profesional.

Al Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa por su buena voluntad para facilitarnos obtener la información de los pacientes ingresados así como por formarnos cómo Médicos de calidad en el internado rotatorio en el año 2015.

A nuestros tutores por el apoyo incondicional.

Opinión del tutor

La incidencia de complicaciones post partos para la madre y el infante se ha comportado con un aumento y con manifestaciones más agresivas en la integridad de la población.

La anemia es un estado fisiológico durante el embarazo pero circunstancias como desnutrición, infecciones y malos hábitos pueden aumentar la brecha normal hasta producir un estado patológico que deja bases para complicaciones que atentan con la calidad de vida y la sobrevivencia de la población

Es importante conocer a partir de la temática de prevención si las pacientes están instruidas y aconsejadas en cambio de hábitos y costumbres para el manejo de la anemia durante el embarazo

Espero que el siguiente estudio satisfaga las incógnitas y pueda ser la base para la realización de nuevos estudios o medidas para mejorar la prevención primaria de enfermedades.

Dr. Karlos Alvarado. Tutor Metodológico.

Médico Especialista Medicina Interna, Jefe Servicio Medicina Interna, Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa

Resumen

INTRODUCCIÓN. La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más prevalente en todo el mundo, se estima que afecta a más de 500 millones de personas. Durante el embarazo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que entre 35 y 75% de las mujeres en los países en desarrollo y el 18% de las mujeres en los países desarrollados presentan anemia. **JUSTIFICACIÓN.** El presente estudio tiene como finalidad evaluar la recepción de estas intervenciones en la mujer puérpera que recibió consejería, administración de suplementos nutricionales y como su actitud haya sido modificada frente a esta enfermedad. **MATERIAL Y METODO:** El presente estudio se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal; El tamaño de la muestra corresponde a 304 pacientes la cual fue calculada con un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%; El instrumento de recolección de la información corresponde a la encuesta, el instrumento fue un formulario con preguntas estructuradas dicotómicas y politómicas; **RESULTADOS:** Edad 20 a 34 años más prevalente (41.3%), nivel académico alcanzado más prevalente educación primaria finalizada (42.7%), procedencia mayor rural (67.3%), Buenos Conocimientos con mayor incidencia (82.0%), actitudes favorables en menor nivel (58.8%), malas prácticas fueron más expuestas en la población (65.7%). **CONCLUSIONES.** (1) Se encontró que la mayoría de la población posee buenos conocimientos acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia así como conocimientos básicos de anemia. (2) Las actitudes de la población a estudio fueron favorables de acuerdo al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia sobre todo en la dieta inclusiva de alimentos propios en el tratamiento. (3) La población posee malas prácticas en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia. **RECOMENDACIONES.** Reforzar la consejería a las embarazadas y mujeres en planificación familiar mediante club de planificación y embarazo para las medidas farmacológicas y no farmacológicas para evitar anemia y otras complicaciones obstétricas. Reforzar los conocimientos en la red comunitaria para poder incursionar más en una población con contacto difícil con las unidades de salud primaria Definir líneas de investigación en la eficacia de la consejería en

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

controles prenatales para la prevención de complicaciones obstétricas definidas. Reforzar los conocimientos en los estudiantes de medicina sobre las normas actuales para la atención de embarazos de bajo y alto riesgo.

Contenido

Tema.....	2
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Opinión del tutor.....	5
Resumen.....	6
Objetivos:.....	11
1. Objetivo general:.....	11
2. Objetivos específicos:.....	11
Planteamiento del problema:.....	12
Introducción.....	13
Justificación:.....	15
Antecedentes:.....	16
Marco teórico:.....	19
1. Conocimientos:.....	20
1.1. Anemia:.....	20
1.2. Valores y rangos.....	21
1.3. Tratamiento de anemia ferropénica:.....	23
1.3.1 Tratamiento farmacológico.....	23
1.3.1.1 Sulfato ferroso:.....	23
Terapia no farmacológica:.....	26
1. Actitudes:.....	27
1.1. Controles prenatales:.....	27
2. Prácticas:.....	29
3.1. Prácticas que mejoran la absorción del sulfato ferroso:.....	29
3.2. Prácticas alimenticias preventivas para evitar el desarrollo de anemia:.....	30
Diseño metodológico.....	33
1. Tipo de estudio:.....	33
2. Área de estudio:.....	33
3. Unidad de Análisis.....	33
4. Universo.....	33
5. Muestra:.....	33
6. Muestreo.....	34

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

7. Fuente de información	34
8. Criterios de selección:.....	34
8.1. Criterios de inclusión:.....	34
8.2. Criterios de exclusión:.....	34
9. Variables:.....	34
10. Instrumento de recolección de la información:	35
11. Elaboración de encuesta para informantes claves y validación de encuesta.....	36
12. Plan de tabulación y análisis:	36
13. Operacionalización de variables:	38
14. Aspectos éticos:.....	38
Resultados.....	39
DISCUSIÓN.....	42
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias	46
ANEXOS	49
Operacionalización de variables:	49
Entrevista informante clave.....	56
Instrumento de recolección de la información.	59
Consentimiento Informado.....	62
Tablas y gráficos	63
Tabla N°1 Edades	63
Tabla N°2 Nivel Académico	63
Tabla N°3 origen de Procedencias	64
Tabla N° 4 Controles realizados	64
Tabla N°5 Gestas	65
Tabla n°6 Tipo de partos	65
Tabla N°7 Conocimientos de concepto de anemia	66
Tabla N° 8 Tabla Conocimientos frecuencia de anemia en el embarazo.....	66
Tabla N°9 Conocimientos Manifestaciones Clínicas de la anemia	67
Tabla N° 10 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico de la anemia	67
Tabla N°11 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico	68
Tabla N12 Promedio de conocimientos	68

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

Tabla N° 13 Tipo de prácticas por importancia de controles.....	69
Tabla N° 14 tipo de prácticas con respecto a captación precoz	69
Tabla N°15 Prácticas sobre tratamiento farmacológico	70
Tabla N°16 Prácticas de acuerdo a la toma de exámenes	70
Tabla N°17 Asociación Dieta y tratamiento farmacológico para anemia	71
Tabla N°18 Tipos de prácticas para el tratamiento de la anemia	71

Objetivos:

1. Objetivo general:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que reciben atención del parto en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el mes de Julio, Agosto y Septiembre del año 2017

2. Objetivos específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención del parto en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa.
- Describir las actitudes sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención de parto.
- Señalar las prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención de parto.

Planteamiento del problema:

La anemia es un problema morboso frecuente en el embarazo que puede acarrear complicaciones maternas y en el infante. La educación de la paciente y la administración de suplementos dietéticos y el tratamiento de estados que provocan anemia son las estrategias desarrolladas por el gobierno nacional y las recomendaciones internacionales.

Sin embargo la adquisición de conocimientos, cambios de actitudes y la ejecución de prácticas son variables que no son constantes en los pacientes que reciben controles prenatales de calidad. Es por eso que definimos el problema con la siguiente pregunta:

¿Cómo son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que reciben atención del parto en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa?

Introducción

La anemia es un trastorno sanguíneo que implica la disminución de la concentración de hemoglobina a menos de 12 g/dL en la mujer y 13.5 g/dL en el hombre. La Organización Mundial de la Salud considera que existe una anemia clínica en el embarazo cuando los valores de hemoglobina se encuentran en menos de 11g/dl, que pueden clasificarse según el grado de severidad en leve, moderada y grave. Entre el tercer y quinto mes de gestación, debido a la expansión del volumen sanguíneo en aproximadamente el 50%, y a la masa de los hematíes en 25%, la hemoglobina y el hematocrito comienzan a alterarse para las necesidades del útero y del feto en crecimiento, del quinto al octavo mes disminuyen los valores de corte en 11 g/dl y 32%, respectivamente, y se normalizan a las seis semanas post-parto. Las anemias más características en la etapa del embarazo son las nutricionales. (Schwarcz, 2010).

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más prevalente en todo el mundo, se estima que afecta a más de 500 millones de personas. Durante el embarazo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que entre 35 y 75% de las mujeres en los países en desarrollo y el 18% de las mujeres en los países desarrollados presentan anemia. (Schwarcz, 2010).

Este trastorno hematológico por lo general se detecta en los controles prenatales y es tratado con sulfato ferroso, este fármaco se instaura en el embarazo para prevención y tratamiento de esta patología. Los controles prenatales adecuados aumentan en una 70% la adhesión al tratamiento por parte de la paciente. (Centro nacional de excelencia tecnológica en salud, 2010)

El factor de riesgo asociado con la deficiencia de hierro es la baja concentración o biodisponibilidad del hierro en la dieta. Dada una dieta de características más o menos uniformes, aquellos individuos o grupos poblacionales que tengan mayores requerimientos (como la embarazada) desarrollaran deficiencia. (Schwarcz, 2010).

Para tratar la anemia no basta con el manejo farmacológico como se mencionó anteriormente, sino también con mejoría en la dieta y brindar consejería en la

atención prenatal, está demostrado que se obtienen mejores resultados (mejoría clínica) en pacientes a las que se les ha explicado la patología y como deben mejorar su alimentación que en pacientes a las que no les hizo esta práctica. (colaboradores, 2012). Además la terapia combinada (farmacológica y no farmacológica) permite mejor respuesta en el manejo de las embarazadas tanto para la prevención como para el tratamiento, lo que conlleva a disminuir la morbilidad perinatal. (Centro nacional de excelencia tecnológica en salud, 2010).

Justificación:

La anemia es un problema de salud de gran prevalencia en los países pobres y vías de desarrollo. Nicaragua cuenta con estrategias sociales y sanitarias para la prevención de complicaciones ligadas a la anemia en el embarazo.

La persistencia en concretar controles prenatales de calidad en cada embarazada tanto en instituciones públicas y privadas tiene como logro inmediato la prevención de complicaciones con alta morbilidad en la embarazada y el infante mediante la educación continua del paciente y la administración de antiparasitarios, suplementos vitamínicos y ferrosos.

El presente estudio tiene como finalidad evaluar la recepción de estas intervenciones en la mujer puérpera que recibió consejería, administración de suplementos nutricionales y como su actitud haya sido modificada frente a esta enfermedad.

Antecedentes:

En el año 2010, en México DF se realizó una revisión del tratamiento hasta ese momento instaurado para la anemia ferropénica y se encontró que era deficiente, considerándose que se debe de incluir dentro del tratamiento de la embarazada terapia con sulfato ferroso durante todo el embarazo, en su totalidad, asegurando que toda paciente embarazada presenta anemia de forma fisiológica, y que la terapia obtiene mayor alcance si se logra una buena consejería de tal forma que la paciente cumpla el tratamiento asignado. Este estudio de valoración terapéutica fue realizado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, y fue titulado como “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños, adultos y embarazadas”, encontrándose que los controles prenatales adecuados aumentan en un 70% la adhesión al tratamiento por parte de la paciente y asegurando que la terapia combinada (farmacológica y no farmacológica) permite mejores resultados en el manejo de las pacientes embarazadas. (Centro nacional de excelencia tecnológica en salud, 2010)

En octubre del año 2011, en la ciudad de Lima, Perú, se publicó un artículo titulado “Terapéutica de enfermedades frecuentes en el embarazo y puerperio”, en dicho artículo se presenta la anemia por deficiencia de hierro como el trastorno nutricional más común del embarazo, en un grupo de 275 mujeres se encontró la presencia de anemia en el 95% al segundo trimestres, se recomendó el pesquizaje de anemia durante los tres trimestres del embarazo, asegurando que los controles prenatales determinan un factor clave para poder realizar dichas valoraciones y que la consejería adecuada para que la madre obtenga conocimientos mínimos sobre la patología segura una mayor frecuencia de visitas al médico, asegurando las pesquisas. Se tuvo como conclusión de este artículo que se debe administrar tratamiento profiláctico a las embarazadas desde la primera captación y que el tratamiento por vía oral es el de elección para la profilaxis y la curación. (Departamento farmacoepidemiología del MISAI, 2011)

En el año 2012, Montoya R. y colaboradores, en la ciudad de Venezuela, presentan un artículo que se titula “Prevención y tratamiento de la anemia ferropénica en el

embarazo”, dicho artículo revela un trabajo realizado en un total de 500 pacientes en las que se realizaron valoraciones prenatales completas y se les diagnosticó anemia a un 85% de la población entre el primer y segundo trimestre, observándose que muy pocas recibieron terapéutica apropiada y que más del 40% presentaron una disminución al apego del tratamiento farmacológico después del primer mes de tratamiento, se encontró que la población con mayor apego eran madres primerizas que recibieron adecuada información y cuyos suplementos de sulfato ferroso fueron administrados de acuerdo a la consejería necesaria para mejorar su acción farmacológica, estas madres realizaron cambios en su estilo de vida encontrándose que con una mejor alimentación, guiada por una nutricionista, los niveles de hemoglobina y hematocrito aumentaban considerablemente antes del momento del parto, disminuyendo los riesgos para el bebé y la madre al momento del parto. (colaboradores, 2012)

En septiembre del año 2011, en la revista Argentina de Salud Pública, se presentó un artículo titulado “Prevalencia y etiología de anemia en el embarazo, estudio observacional descriptivo en el instituto de maternidad de Tucumán”, en dicho estudio se declaró la anemia como la principal manifestación de la población gestante, se estableció que se debe buscar la etiología de forma temprana mediante la captación precoz de las pacientes, estableciendo el tratamiento de forma inmediata, ya sea de tipo preventivo o curativo, teniendo en cuenta que la educación y el manejo correcto de la medicación por la paciente es el principal factor que impulsa el apego al tratamiento de forma completa durante todo el embarazo. (Lazarte, 2011)

Nicaragua en el año 2006, Molina & Tijerino, determinaron frecuencia de anemia y su clasificación en mujeres embarazadas que asisten al centro de salud perla maría norori y mántica berio de la ciudad de León, con las siguientes conclusiones: El 24% de las mujeres embarazadas tuvieron resultados por debajo de los valores de referencia, o sea, presentaron anemia; El tipo de anemia de mayor predominio fue la anemia Normocítica normocrómica, tendiendo también mayor frecuencia en el grupo etáreo de 20 – 24 años; Las mujeres del II trimestre de embarazo tuvo mayor

participación en el estudio con el 49 %; Las anemias se presentaron con mayor frecuencia en el II y III trimestre de embarazo. (Molina & Tijerino, 2006)

En Nueva Segovia, Nicaragua; Zepeda et al. En el año 2007 presenta un informe de la prevalencia de anemia en embarazadas atendidas en controles prenatales en el centro de salud del municipio de Jalapa y El Júcaro. Determinando que la prevalencia de anemia de las embarazadas que asistieron al programa de APN de los centros de salud de los municipios de Jalapa y Júcaro fue de 46.7%; De acuerdo a la clasificación de la gravedad de la anemia dada por la OMS, la anemia de tipo leve fue la que más predominó en las embarazadas anémicas, siendo prevalente en el 77.8% de las mismas; Entre los factores de riesgo socio-económicos considerados, las embarazadas que presentaban de 30 años a más y aquellas con un bajo nivel educativo resultaron con un mayor riesgo de presentar anemia; Los factores de riesgo gineco-obstétricos que se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de anemia fueron los períodos intergenésicos cortos (menores de 18 meses) y el antecedente de haber presentado anemia en embarazos anteriores. (Zepeda, Salinas, & Reyes, 2007)

En el 2011, Acosta & Roque, determinaron el Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) en embarazadas de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava-León, concluyendo en relación al conocimiento que tienen las embarazadas de los factores de riesgo obstétricos, encontramos que la mayoría de ellas poseen información básica sobre anemia, infecciones de vías urinarias, embarazo en adolescentes y en mujeres añosas, sin embargo algunas mujeres encuestadas tienen muy poca información, lo que se debe al desinterés por parte de ellas en cuanto al cuidado de su embarazo y no a la falta de Consejería brindada por el personal de enfermería, ya que éste identifica los factores de riesgo en su embarazo, proporcionándoles información y orientación individualizada necesaria en las citas de control prenatal, reduciendo así las muertes materno-perinatales y logrando acciones que les garanticen un embarazo saludable (Acosta & Roque, 2011)

Marco teórico:

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que acumulado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adaptar o modificar una determinada conducta.

Una actitud; es una predisposición a reaccionar de manera cismática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones del ambiente, ciertos aspectos del mundo real. La importancia de conocer la actitud de una persona es que permite predecir cómo va a reaccionar ante los aspectos del mundo. Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábito.

El nivel socioeconómico –educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias sobre la anemia y su tratamiento.

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existe más de una para cada situación.

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones es decir todo lo que acontece a un individuo y de lo que él participa, las prácticas regulares se llaman hábitos y se definen como una respuesta establecida para una situación común. Las prácticas son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseado para cambiar una situación dada hay compromiso y responsabilidad social.

1. Conocimientos:

1.1. Anemia:

La anemia en un individuo se define como una concentración de la hemoglobina (Hb) en sangre que es menor que el valor esperado al tomar en cuenta la edad, género, embarazo y ciertos factores ambientales, como la altitud. (Organización Mundial de la Salud, 2001)

De acuerdo a los niveles de Hb, la clasifica en: (a) anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl); (b) anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y (c) anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)⁵. Las complicaciones de la anemia en el embarazo se encuentran dadas por la disminución en la capacidad de transportar oxígeno, la cual tiene gran importancia durante el período gestacional, dado que el feto es dependiente del transporte de oxígeno para suplir sus necesidades. Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, publicaron en 1989 los valores de distribución normal de la concentración de Hb y hematocrito durante el embarazo, en búsqueda de adecuar estos niveles a los cambios propios de la gestación, mostrando con una disminución mayor en el segundo y principios del tercer trimestre⁵, y definen a la anemia como el valor menor al percentil 50 de Hb y hematocrito de una población sana durante el embarazo, que equivalen a definir a la anemia gestacional como un nivel de Hb ≤ 11 g/dl o hematocrito menor del 33%, en el primer o tercer trimestre, o un nivel de Hb menor de 10,5 g/dl o hematocrito menor de 32% en el segundo trimestre; todo esto debido a que en la gestación se dan cambios fisiológicos que generan trastornos hematológicos, se caracteriza porque se necesita más hierro, puesto que el volumen sanguíneo se expande hasta 50% (1,000 ml) y el total de la masa eritrocitaria alrededor de 25% (300 ml) en el embarazo único. (Espita De La Hoz & Orozco, 2013)

La anemia en el embarazo se relaciona con disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, con la consecuente disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, situación que puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal, por esto es que esta patología se ha asociado con cinco complicaciones obstétricas frecuentes como aborto, ruptura

prematura de membranas, parto prematuro, oligohidramnios y bajo peso al nacer. (Espita De La Hoz & Orozco, 2013)

1.2. Valores y rangos

Las concentraciones de hemoglobina, así como otras variables biológicas como el sodio o albúmina plasmática, muestran una variación normal aún entre individuos sanos. Por esta razón los valores normales y de referencia se expresan como un rango: ejemplo: 9.5–13.5 g/dl. Este rango, por consenso, incluye el 95% de todos los individuos valorados. (Organización Mundial de la Salud, 2001)

1.2.1. Criterios de laboratorio:

El aumento de los requerimientos durante el embarazo, condiciona la aparición de déficit de hierro y otros micronutrientes. El control realizado durante el embarazo, además del hemograma, debe incluir perfil férrico para detectar déficit de hierro y suministrar suplementos. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Valores Normales de Hemograma durante la Gestación

Se debe indicar prueba de hemoglobina en la primera consulta antes de las 12 semanas y repetir indicación de Hemoglobina en las próximas consultas prenatales sólo si en el primer resultado de examen estaba por debajo de 11 g/dl o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. (MINSA, 2011)

Hemoglobina Primer trimestre, 120 g/L; tercer trimestre, 110 g/L. Hematocrito Primer trimestre, 36 a 44 %; tercer trimestre, 33 a 42 % Hierro sérico 60 a 150 mg/100mL Reticulocitos 0,5 a 1,5 %. Leucocitos 10 000 a 15 000/mm³ Plaquetas 150,000 a 400,000/mm³. (World Health Organization, 1992)

Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia Mujeres embarazadas según OMS

El valor de corte de 110 g/l de hemoglobina para las embarazadas se presentó por primera vez en el informe de 1968 de la OMS. Las concentraciones disminuyen durante el primer trimestre, alcanzan su valor más bajo en el segundo y empiezan a aumentar de nuevo en el tercero. En la actualidad, no hay recomendaciones de

la OMS sobre el uso de los diferentes valores de corte de la hemoglobina para la anemia por trimestre del embarazo, pero se reconoce que durante el segundo trimestre las concentraciones disminuyen aproximadamente 5 g/l. (Organización mundial de la salud, 2011)

Sobre la relación entre edad gestacional y concentración de Hb, se ha descrito que los niveles de Hb presentan forma de “U”, con los valores de Hb más bajos en el segundo trimestre, para regresar a valores cercanos a los iniciales al final del tercer trimestre. Tal comportamiento se ha atribuido principalmente a la hemodilución paulatina que se observa en la mujer embarazada, ya que en los dos primeros trimestres el volumen plasmático aumenta más rápidamente que la producción de la masa eritrocitaria, además las concentraciones de hemoglobina cambia notablemente durante el embarazo para adaptarse a las necesidades de hierro del feto. (Gaitán González, 2013)

Es importante mantener a la paciente informada, pues si se encuentran signos de alarma que se acompañen de exámenes anormales se debe dar atención especializada. Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de referir a especialista. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

1.2.2. Criterios clínicos:

La anemia ferropénica es una entidad que toda mujer embarazada llega a presentar en algún momento de la gestación, debido a su naturaleza fisiopatológica el síndrome anémico puede presentar síntomas y signos que nos pueden alertar, estos deben ser compartidos con la mujer embarazada para que asista a consulta médica ante alguno de estos, dentro de ellos tenemos: taquicardia, sudoración, palidez mucocutánea, mareos y dificultad a la deambulacion si se trata de casos graves. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Por lo general las anemias ferropénicas del embarazo son pobres en signos y, por lo regular, son asintomáticas; puede observarse palidez cutáneo-mucosa y cierta

tendencia a la fatiga. Las formas más severas presentan un síndrome anémico dado por: laxitud, irritabilidad, astenia, nerviosismo, cefalea, anorexia. (Farnot, 2000)

En los casos de anemias muy severas puede haber manifestaciones digestivas, circulatorias y del sistema neuromuscular. Entre ellas tenemos: alteraciones del apetito, pirosis, ardor lingual y bucal, flatulencia, constipación y es posible la aparición de glositis. En ocasiones, puede haber manifestaciones de insuficiencia cardíaca y cardiomegalia. A veces, las pacientes pueden tener dolores de tipo neurálgico, adormecimiento de las extremidades, sensación de hormigueo, trastornos vasomotores y otros. (Farnot, 2000)

Al realizar el examen físico, se detecta palidez cutáneo-mucosa; las uñas de las manos, y a veces las de los pies, aparecen opacas y sin brillo, y se rompen con facilidad. Con frecuencia, la auscultación permite escuchar soplos anémicos funcionales. (Farnot, 2000)

1.3. Tratamiento de anemia ferropénica:

A toda paciente embarazada se le deben de administrar dosis controladas de sulfato ferroso y ácido fólico durante todo el embarazo, es importante informar a las pacientes de las dosis y el uso del sulfato ferroso así como de su función, para fomentar su uso dentro de la población.

1.3.1 Tratamiento farmacológico

1.3.1.1 Sulfato ferroso:

El sulfato de hierro (II) es un compuesto químico iónico de fórmula (FeSO_4). También llamado sulfato ferroso, caparrosa verde, vitriolo verde, vitriolo de hierro, melanterita o Szomolnokita, el sulfato de hierro (II) se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso. (Oreiro, 2009)

El hierro es un mineral. La mayor parte del hierro en el organismo se encuentra en la hemoglobina de los glóbulos rojos y en la mioglobina de las células musculares. El hierro es necesario para el transporte del oxígeno y del dióxido de carbono. También tiene otras funciones importantes en el cuerpo. El sulfato ferroso proporciona el hierro que el organismo necesita para producir glóbulos rojos. Se

utiliza para tratar o prevenir la anemia por deficiencia de hierro, su buen aporte permitirá una buena oxigenación del organismo de la madre y de su bebé. (Oreiro, 2009)

Absorción

La absorción de hierro ocurre a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, predominantemente en el duodeno y yeyuno proximal, disminuyendo progresivamente en sentido distal. Está influenciada por diversos factores: la dosis ingerida, las reservas de hierro, el ritmo de la eritropoyesis, la cantidad de hierro presente en la dieta y la forma de administración (el sulfato de hierro es la sal que presenta mejor biodisponibilidad). (Martindale, 2008)

En individuos sanos, se absorbe aproximadamente el 5-15 % del hierro de la dieta, mientras que en individuos con deficiencia de hierro puede ser absorbido cerca del 60 % de la dosis de hierro administrada. No obstante, la absorción de hierro puede reducirse cuando se administra junto a algunos alimentos o ciertos fármacos. (Martindale, 2008)

Cuando las reservas de hierro son abundantes, la cantidad absorbida de hierro también se reduce. Una persona sana es capaz de controlar la absorción GI del hierro, incluso cuando se administra en dosis elevadas, hecho que no ocurre con los individuos con el genotipo de hemocromatosis. (Martindale, 2008)

Cuando el hierro es administrado por vía oral, pasa a través de las células de la mucosa gastrointestinal a la sangre, siendo inmediatamente ligado a la transferrina. La transferrina, una globulina- β 1 glicoproteína, transporta el hierro hacia la médula ósea donde se incorpora a la hemoglobina, durante la hematopoyesis. (Martindale, 2008)

Dosis en el embarazo:

Una tableta de 60mg de hierro elemental +0.4mg de ácido fólico al día, o 2 tabletas por semanas. El sulfato ferroso y el ácido fólico, en nuestro país, son administrados en un solo comprimido con dosis standard ya establecido que cumple los requerimientos diarios de la mujer embarazada, se debe de tomar de forma continua

durante el embarazo, pues de forma fisiológica la mujer embarazada desencadena anemia. (Ministerio de Salud, 2014)

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg de Hierro Elemental y orientar sobre reacciones más frecuentes como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal. Si existen datos clínicos de anemia pero no hay sintomatología y Hemoglobina es de 11 mg/dl cumplir con tratamiento ambulatorio descrito anteriormente. Si existen signos clínicos de anemia severa más Hemoglobina \leq a 7 gr/litro. Indique y prescriba inicio de ingesta de 120 mg de Hierro elemental PO y refiera de inmediato al hospital.

1.3.1.2. Albendazol

Es un derivado bencimidazol con actividad frente a un gran número de nematodos y cestodos de localización tisular e intestinal. Se absorbe en el intestino y su absorción aumenta con comidas grasas. Se une en gran proporción a proteínas plasmáticas (70%) y tiene una semivida de 8 a 9 horas. Es metabolizado en el hígado a albendazol sulfóxido, que es activo, por las enzimas flavina-monooxigenasa y citocromo P-450 y se excreta por vía urinaria. (Velasquez, Lorenzo, & al., 2009)

En estudios de teratogenia en animales con albendazol se han observado efectos embriotóxicos, atribuibles a su metabolito activo sulfoxido de albendazol, pero hay pocos datos acerca de la utilización de albendazol en mujeres embarazadas, y los casos descritos no han evidenciado problemas de un aumento del riesgo de aborto o defectos congénitos. No obstante, no se recomienda el tratamiento con albendazol durante embarazo debido a la toxicidad observada en los estudios con animales y a los escasos datos en humanos. (Vallano & Arnau, 2009)

Administración de albendazol

Albendazol 400mg (si hay parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%) en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se

puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazadas para cumplimiento de ambas dosis. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Terapia no farmacológica:

El tratamiento dietético es complementario al tratamiento médico y está orientado a incluir en la alimentación diaria alimentos ricos en hierro de fácil absorción y otros alimentos que por su composición nutricional favorezcan la absorción, tanto del hierro aportado a través de los alimentos, como del hierro administrado farmacológicamente. (World Health Organization, 1992)

A través de la alimentación, la absorción depende de la forma química en la que se encuentre este mineral en los alimentos. Así, el hierro contenido en los alimentos de origen animal (carne, hígado, pescado y yema de huevo) es hierro hemo y se absorbe mejor que el hierro no hemo aportado por los vegetales (cereales integrales o enriquecidos, legumbres, verduras y hortalizas). Hay nutrientes que favorecen la absorción de hierro alimentario como la vitamina C y las proteínas, entre otros. De la misma manera, existen sustancias presentes en mayor cantidad en ciertos alimentos que interfieren con la absorción de hierro (ácido oxálico, taninos, fitatos), y que deberán tenerse en cuenta a la hora de planificar la dieta. (World Health Organization, 1992)

Identificar los alimentos ricos en hierro que la mujer consume en los primeros seis meses de embarazo nos permite obtener una información, para poder aconsejar a la madre sobre los cambios que se requerirán para remediar o prevenir la deficiencia férrica.

S5 e planificará una dieta prenatal con ella para que logre una nutrición suficiente, teniendo en cuenta los siguientes alimentos y sus raciones diarias en gramos, a saber: Carnes (de todo tipo) 300 grs, leche y derivados 500 grs. (fortificados con hierro), verduras de hojas verdes 200 grs, cítricos (vitamina C) 300 grs, huevos (clara de huevo) 1 unidad y legumbres 150 grs. (World Health Organization, 1992)

Dentro de la lista de alimentos ricos en hierro brindada por la Organización Mundial de la Salud tenemos: Carnes rojas magras: res, ternera; Mariscos de concha; Hígado; Frutos secos; Verduras de hoja verde; Legumbres; Productos integrales: trigo, pan, arroz, pan de avena

1. Actitudes:

Las actitudes de las pacientes embarazadas para la prevención y el tratamiento de la anemia involucran su asistencia a los controles prenatales, es ahí donde las pacientes reciben su consejería necesaria por personales de la salud capacitados y se valora su evolución a lo largo del embarazo, así como la necesidad o no de terapia farmacológica a dosis mayores o solamente a dosis preventivas.

1.1. Controles prenatales:

Atención Prenatal, es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Lo ideal es que la atención prenatal comience antes de que la mujer quede embarazada. Las pruebas sistemáticas que se hacen en estas revisiones permiten asegurarse de que una persona goza de buena salud y no padece ninguna enfermedad u otras afecciones que podrían repercutir sobre el embarazo. El médico que atienden a las gestantes sobre todo en la atención primaria desempeña una función central en el éxito del programa de suplementación.

Se debe cumplir ciertas actividades que garanticen un correcto control prenatal: Llenado completo del formulario HCPB, indagar sobre factores sociales, clasificar embarazo de bajo o alto riesgo, talla de la embarazada, examen físico general, examen obstétrico, cálculo de edad gestacional, solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, entrega de albendazol, consejería. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Se debe indicar prueba de hemoglobina en la primera consulta antes de las 12 semanas y repetir indicación de Hemoglobina en las próximas consultas prenatales sólo si en el primer resultado de examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Por supuestos se deben entregar suplementos de hierro y ácido fólico en cada consulta prenatal, desde la primera consulta (antes de las 12 semanas). (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Es muy importante que las mujeres que desean quedar embarazadas tomen un complemento vitamínico que contenga ácido fólico antes de la concepción. Esto es debido a que las malformaciones del tubo neural ocurren durante los primeros 28 días de embarazo, a menudo antes de que una mujer sepa que está embarazada. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

La dosificación de ácido fólico se define según si la embarazada tiene o no antecedentes de haber dado a luz a un niño-a con defecto del tubo neural (DTN). Si hay antecedentes de defecto del tubo neural, o tiene Diabetes tipo II o ha recibido tratamiento con anticonvulsivantes, indicar 4 mg diario durante el embarazo. Si no hay antecedentes de defecto del tubo neural, indicar 0.4 mg diario durante el embarazo. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg de Hierro elemental y orientar sobre algunas reacciones más frecuentes tales como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal. Si existen datos clínicos de anemia pero no hay sintomatología y Hemoglobina es de 11 mg/dl cumplir con tratamiento ambulatorio descrito anteriormente. Si existen signos clínicos de anemia severa más Hemoglobina \leq a 7 gr/litro. Indique y prescriba inicio de ingesta de 120 mg de Hierro elemental PO y refiera de inmediato al hospital

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior hierro, ácido fólico, calcio y aspirina y de la ingesta de otros medicamentos. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

En relación al registro en la HCPB:

- ✓ **Hemoglobina:** antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, anotar el valor en gramos por 100 ml. Marcar con x en el cuadrado amarillo cuando la hemoglobina sea menor de 11 gr por 100 ml. Como con frecuencia lo que se determina es el valor del hematocrito, se recomienda dividir este valor entre 3 y este valor se anota en la casilla correspondiente a la hemoglobina. Si esta prueba no se hizo, registrar en las casillas con 99.
- ✓ **Fe/Folatos indicados y Proporcionados:** se marca Si cuando son indicados /proporcionados en cuatro visitas durante la gestación, se marca No si al momento del parto se constata que no fueron indicados / proporcionados.

Es necesario educar a las embarazadas explicándoles qué es el suplemento, para qué sirve, por qué lo necesitan y es importante para ellas y para su futuro bebé que lo tomen con regularidad, qué puede suceder si no lo toman. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

2. Prácticas:

3.1. Prácticas que mejoran la absorción del sulfato ferroso:

A toda paciente embarazada que asiste de forma responsable a sus controles prenatales se le debe de dar instrucciones verbales de cómo cumplir su terapia con sulfato ferroso y ácido fólico. (Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua, 2015)

Se deben indicar a las pacientes embarazadas los siguientes pasos para una buena terapia con hierro:

- Consumir solamente los niveles de sulfato ferroso que indique su médico, es necesario realizarse controles mediante exámenes sanguíneos para asegurarse que se encuentra tomando los niveles necesarios para sus necesidades.
- Informar a la paciente que en ocasiones el hierro puede causar efectos adversos poco tolerables como estreñimiento, náuseas, vómitos, estrés oxidativo, y en niveles exagerados hasta daño hepático y renal.

- Combine su suplemento de hierro con vitamina C, en lugar de recurrir a vitamina C en tabletas de origen farmacéutico es más confiable indicar a la paciente que coma alimentos ricos en retinol, dentro de ellos las frutas cítricas.
- La absorción del hierro se ve disminuida al administrarse junto con calcio, zinc u otros minerales, es por esto que debemos indicar a la paciente que no tome múltiples suplementos en una misma ocasión, sino que se tomen en distintos momentos del día, de ser necesario.
- Indicar a la paciente que combine su suplemento de hierro con alimentos para disminuir los efectos adversos a nivel digestivo como náuseas, vómitos, estreñimiento y acidez estomacal. La adición de la carne aumenta la absorción del hierro no hémico de plantas y verduras hasta un 85 por ciento. Sin embargo, beber té negro, té verde, té oolong, bebidas energéticas o café junto con sus suplementos tiene el efecto contrario. Los Taninos y catequinas presentes en estas bebidas disminuyen la absorción del hierro de los alimentos y suplementos de manera significativa. (World Health Organization, 2007)

3.2. Prácticas alimenticias preventivas para evitar el desarrollo de anemia:

Dentro de las recomendaciones de la OMS para una correcta alimentación durante el embarazo se presenta un cuadro detallado de los alimentos que deben ser ingeridos para aumentar las reservas de hierro en el organismo durante el embarazo: (World Health Organization, 1992)

- Alimentos con hierro no hémico:

Alimento	Porción	Hierro en mg (miligramos)
Cereales, 100% fortificados con hierro	$\frac{3}{4}$ taza (30 gr)	18

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

Avena, instantánea, fortificada, preparada con agua	1 taza	10
Semilla de soja, hervidas	1 taza (170 gr)	8.8
Lentejas, hervidas	1 taza (200 gr)	6.6
Espinaca, fresca, hervida, escurrida	1 taza (180gr)	6.4
frijoles/judías , hervidas	1 taza	5.2

Alimento	Porción	Hierro en Mg (miligramos)
Espinaca, enlatada, escurrida	1 taza (215 gr)	4.9
Cereales, fortificado con 25% de hierro	¾ taza (30 gr)	4.5
Habas, hervidas	1 taza	4.5
Tofu, crudo, firme	½ taza	3.4
Sémola, blanca, enriquecida, preparada con agua	1 taza	1.5
Pasas de uva, sin semilla	½ taza	1.5
Almendras, pistachos	30 gr	1.2
Pan de harina integral/harina blanca	1 rodaja	0.9
Yema de huevo	1	0.45

- Alimentos con hierro hémico:

Alimento	Porción	Hierro en mg (miligramos)
Hígado de pollo, cocido	100 gr	12

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

Almejas y otros moluscos, enlatados	85 gr	23
Carne de pavo, cocida	145 gr	11
Carne de vaca, picada 80 % magra	100 gr	2.5
Hígado de vaca, cocido	100 gr	6.2
Pollo, pechuga asada	100 gr	1.1
carne de cerdo, asada	100 gr	0.9
Atún, enlatado en agua	100 gr	0.9

(Licata, 2014)

Diseño metodológico

1. Tipo de estudio:

El presente estudio se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal y de acuerdo al comportamiento de los datos como un estudio de tipo cualitativo y cualitativo.

2. Área de estudio:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa, este hospital cuenta con un total de 72 camas censable de las cuales pertenecen al servicio de Gineco-obstetricia, En puerperio Fisiológico se encuentran 16 camas dónde se egresan una media 480 pacientes al mes.

3. Unidad de Análisis

Pacientes en puerperio fisiológico con nacimientos por vía vaginal o cesárea que se encuentren ingresadas en la sala de Maternidad 1 (Sala de puerperio fisiológico).

4. Universo

El universo del estudio está representada por un promedio de 1440 pacientes en puerperio fisiológico del Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa durante el tercer trimestre del presente año cuando el afluente de embarazos es mayor.

5. Muestra:

La muestra del estudio es obtenida con la siguiente formula, donde se acepta un margen de error de 5% y un intervalo de confianza del 95%:

$$n = z^2 (p*q) / e^2 + [z^2 (p*q) / N]$$

- n: tamaño de la muestra
- z nivel de confianza deseado
- p: proporción de la población con características deseadas (éxito).
- q: proporción de la población sin las características deseadas (fracaso).
- e: nivel de error dispuesto a cometer.
- N: tamaño de la población.

El tamaño de la muestra corresponde a 304 pacientes la cual fue calculada con un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 95%.

6. Muestreo

El muestreo se realiza probabilístico aleatorio simple.

7. Fuente de información

La fuente de información es primaria ya que se procede a entrevista directa con el paciente.

8. Criterios de selección:

Los criterios de selección de la muestra incluyen:

8.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes que recibieron atención del parto vía vaginal o cesárea en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa.
- Pacientes que se hayan realizado al menos un control prenatal durante el embarazo presente.
- Pacientes que acepten participar de la encuesta.
- Pacientes que se encuentren en las salas del puerperio Fisiológico del Hospital Regional Asunción de Juigalpa.

8.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con condiciones que dificulten la entrevista.
- Pacientes que estén embarazadas y se encuentren encamadas por saturación en estas salas.
- Pacientes trabajadoras de la salud.

9. Variables:

Para conocer las características socio-demográficas de las pacientes:

- Edad
- Nivel Académico
- Procedencia
- Número de controles prenatales

- Evento obstétrico actual

Para valorar los conocimientos de las pacientes:

- Concepto de anemia
- Síntomas relacionados con la anemia
- Uso de sulfato ferroso y albendazol como tratamiento de la anemia
- Dieta de paciente con anemia

Para valorar las actitudes de las pacientes:

- Actitudes sobre controles prenatales
- Actitudes en la adherencia al tratamiento farmacológico y la inclusión de alimentos para el tratamiento de la anemia

Para valorar las prácticas de las pacientes:

- Prácticas para el buen uso de fármacos para tratamiento de la anemia
- Prácticas en la inclusión de alimentos de terapia para anemia

10. Instrumento de recolección de la información:

El instrumento de recolección de la información corresponde a la encuesta, el instrumento fue un formulario con preguntas estructuradas dicotómicas y politómicas; dicha encuesta deberá ser llenada por cada uno de los entrevistadores que realizamos el protocolo de investigación, no se debe llenar directamente por la paciente, se debe de pedir la información de forma oral para evitar limitaciones de aquellas pacientes que no tienen un nivel de lectura y escritura adecuado y para aclarar cualquier duda que la paciente presente.

La encuesta consta de cuatro partes, la primera parte sobre los datos generales de la paciente y sus antecedentes gineco-obstétricos, no se tomará en cuenta el nombre de la paciente por cuestiones de ética, pero si se incluirá un número de encuesta para control de los resultados.

La segunda parte de la encuesta corresponde a 10 preguntas para evaluar el nivel de conocimiento de las pacientes sobre el tema a estudio, las cuales están

desarrolladas por la selección de Acuerdo/Desacuerdo (Si/No) para un puntaje según escala de Likert según conveniencia de 0 a 10 puntos.

La tercera parte de la encuesta corresponde a 6 preguntas para poder definir el tipo de actitud que presenta la paciente sobre el tema a estudio, las cuales están desarrolladas por la selección de escala de Likert en 1 a 5 puntos donde la respuesta estaba basada en una escala de acuerdo/ desacuerdo..

La última parte corresponde a 12 preguntas para definir el tipo de prácticas que realizan las mujeres sobre el tema en estudio, las cuales están desarrolladas por la selección de Acuerdo/Desacuerdo (Si/No) para un puntaje según escala de Likert según conveniencia de 0 a 1 puntos.

11. Elaboración de encuesta para informantes claves y validación de encuesta

Se realiza entrevista a informantes claves con el objetivo de obtener pautas de conocimiento sobre el manejo de la anemia en embarazadas a expertos en la materia (ginecoobstetras), Médicos generales, personal de enfermería que se desempeña en el área de atención prenatal en las unidades primarias de salud y a la red comunitaria conformada por parteras y brigadistas que poseen un nivel superior de conocimientos gracias a la capacitación por medio del MOSAFC; los cuales revisan y aprueban el instrumento de recolección de datos. Se realiza posterior pilotaje de encuesta con el fin de invalidar el instrumento.

12. Plan de tabulación y análisis:

Plan de tabulación

- Una vez recolectados los datos se procede con
 - Control de calidad de las entrevistas
 - Validación de datos mediante revisión de datos obtenidos por informantes claves
 - Se codifica instrumento de recolección en base de datos de SPSS
 - Análisis de datos por frecuencia y porcentaje
 - Se elaboran cuadros y gráficas por medio de Excel 2013
 - Presentación de informe en Word 2013

La encuesta a realizar para el desarrollo de esta investigación será procesada a través de una base de datos creada en SPSS STATISTIC versión 11.1. Dichos datos serán medidos en escala de Likert con más de la mitad de afirmaciones para la segunda y cuarta parte y la tercera parte con el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones, 30/6 con escala de 1 a 5). Para fijar resultados en:

1. buenos conocimientos mayor o igual de 5 puntos o malos conocimientos con menor de 5.
2. Actitudes favorables promedio mayor o igual de 4.0, actitudes no favorables promedio menor de 4.0 a.3.0 y actitudes desfavorables menor de 3.0h
3. buenas practicas mayor o igual de 6 puntos, malas prácticas menor de 6,

De esta manera y mediante el uso de tablas y gráficos de frecuencia se presentan los resultados obtenidos mediante la encuesta.

Plan de Análisis

- Características sociodemográficas de puérperas entrevistadas
- Conocimientos sobre anemia, tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico
- Actitud sobre asistencia a controles pre natales, adherencia al tratamiento farmacológico e inclusión de alimentos ricos en hierro
- Prácticas sobre ejecución de consejería en uso de terapia farmacológica y dieta implementada para tratar anemia
- Conocimientos sobre anemia y su tratamiento farmacológico y no farmacológico vs características sociodemográficas de puérperas.
- Actitud sobre Importancia de CPN, adherencia al tratamiento farmacológico e inclusión de alimentos ricos en hierro vs características sociodemográficas.

- Prácticas sobre ejecución de consejería en uso de terapia farmacológica y dieta implementada para tratar anemia vs características sociodemográficas de puérperas
- Prácticas en el tratamiento de la anemia en puérperas vs actitudes de pacientes puérperas.

13. Operacionalización de variables:

Ver anexos.

14. Aspectos éticos:

- 14.1. Autonomía: A las pacientes encuestadas se le respeto su decisión de participar o no en el estudio.
- 14.2. Confidencialidad y anonimato: Se ofreció a la mujer la seguridad en el uso y manejo confidencial de los datos garantizándoles que serán utilizados únicamente el estudio, dentro de la entrevista no se les pregunta el nombre respetando su identidad.
- 14.3. Consentimiento informado: Antes de iniciar se le solicito permiso al responsable del Hospital Asunción de Juigalpa y el Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia para la aplicación del instrumento. Se les explico a las pacientes el objetivo de la encuesta, con previo consentimiento informado

Resultados

Previo a la entrevista con la población a estudio se realizó una encuesta con informantes claves para obtener insumos necesarios para la elaboración del formulario

Durante el periodo de Julio a Septiembre del año 2017 se entrevistó a 304 puérperas que recibieron atención de parto vía vaginal y cesárea en el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa, Chontales. De las puérperas registradas la edades fueron 10 a 14 años (6.6%), 15 a 19 años (39.6%), 20 a 34 años (41.3%), mayor de 35 (12.4%) (Ver Anexo Tabla 1); el nivel académico, iletrada (12.7%), sabe leer (25.2%), primaria (42.7%), secundaria (14.2%), educación superior (5.1%) (Ver Anexo tabla 2); de acuerdo a su procedencia Urbana (32.7%), Rural (67.2%) (Ver Anexo tabla 3); de acuerdo al cumplimiento de controles prenatales, menos de 4 controles (14.4%), más de 4 controles (85.5%) (Ver Anexo tabla 4); con antecedentes obstétricos actuales fueron multigesta (58.2%), primigesta (41.7%) (Ver Anexo tabla 5); los partos fueron vaginales (46.6%), cesáreas (63.3%) (Ver Anexo tabla 6).

Con respecto a los conocimientos de las puérperas entrevistadas se encontró que el (79.7%) tienen buenos conocimientos sobre el concepto de anemia (Ver Anexo tabla 7); el (69.6%) refiere que la anemia es una patología con asociación al embarazo (Ver Anexo tabla 8); el (77.2%) supo identificar síntomas clínicos asociados a anemia (Ver Anexo tabla 9); de acuerdo al sulfato ferroso y albendazol como tratamiento farmacológico de la anemia el (93.6%) posee buenos conocimientos con respecto a la buena adherencia al tratamiento (Ver Anexo tabla 10); se encontró buenos conocimientos con respecto a la dieta como tratamiento no farmacológico de la anemia en el (89.3%) de los entrevistados (Ver Anexo tabla 11). Se encuentra con un 82% de los entrevistados con buenos conocimientos. (Ver Anexo tabla 12)

Al asociar los conocimientos con las características sociodemográficas se encontró que un porcentaje mejor de conocimientos (clasificado como buenos conocimientos) fue mayor en la población de 20 a 34 años (68.5%), educación superior (81.8%),

procedencia urbana (86%), con más de cuatro controles (91.2%), primigestas (76.4%) y cesáreas (72.9%)

Con respecto a las actitudes de las puérperas entrevistadas se encontró que sobre la importancia de realizarse al menos cuatro controles prenatales fueron actitudes favorables (56.4%), actitudes no favorables (22.2%), actitudes desfavorables (21.3%) (Ver Anexo tabla 13) ; sobre la importancia de la captación precoz de embarazo encontramos actitudes favorables (57.3%), actitudes no favorables (30.1%), actitudes desfavorables (12.5%) (Ver Anexo tabla 14); importancia del tratamiento indicado en los controles prenatales para la anemia de consolidó en actitudes favorables (73.1%), actitudes no favorables (17.7%) y actitudes desfavorables (9.1%) (Ver Anexo tabla 15); en la importancia de realizarse exámenes durante el embarazo para detectar anemia se definió en actitudes favorables (49.4%), actitudes no favorables (27.4%) y actitudes desfavorable (23.1%) (Ver Anexo tabla 16); con respecto a la asociación de tratamiento farmacológico y la dieta para el tratamiento de la anemia se encontró actitudes favorables (58.2%), actitudes no favorables (34.5%) y actitudes desfavorables (7.2%). (Ver Anexo tabla 17)

Al asociar las actitudes con características sociodemográficas encontramos mayor promedio de actitudes favorables en las entrevistadas con edad de 20 a 34 años (73.2%), con nivel académico en educación primaria (69.8%), procedencia rural (66.4%), con mayor de cuatro controles (76.2%) en puérperas multigestas (71.2%) y de parto cesárea (58.3%).

De acuerdo a las prácticas encontramos que las puérperas entrevistadas tenían una prevalencia de malas prácticas del (65.7%) y buenas prácticas (34.3%) (Ver Anexo tabla 18).

Con respecto a las prácticas asociadas a las características sociodemográficas encontramos que la mayor proporción de malas prácticas se encontraron en las edades de 15 a 19 años (67.4%), nivel de educación primaria (54.3%), con

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

procedencia urbana (51.2%), con menos de cuatro controles prenatales (89.2%), multigestas (64.2%) y parto vaginal (69.8%).

Con una asociación de prácticas vs actitudes encontramos que existe de acuerdo a las que puérperas entrevistadas con actitudes favorables fue de (58.8%) las cuales en su totalidad poseían malas prácticas en un (67.4%).

DISCUSIÓN

Los datos arrojados por este estudio demostraron que la población en su mayoría estaba en el rango de edad fértil de bajo riesgo obstétrico entre 20 a 34 años, precedido por el rango de edad de adolescencia tardía de 15 a 19 años. En su mayoría había completado la educación primaria, seguido por saber leer y escribir. Durante el estudio las pacientes eran en su mayoría de la zona rural del departamento de Chontales. De las pacientes entrevistadas la mayoría poseía el número mínimo de controles aceptados asociados a complicaciones obstétricas y perinatales, además que eran pacientes con experiencias anteriores de embarazos (multigestas); las pacientes entrevistadas en su mayoría cursaban con puerperio quirúrgico inmediato. Los resultados obtenidos de la población pueden ser resultado de que este recibe pacientes de alto riesgo durante el embarazo dónde el parto tiene que ser atendido en un nivel de atención mayor que el ofrecido en los centros de salud de todo el departamento, no se posee una población homogénea sin embargo constante.

De acuerdo a los conocimientos la población mostro conocimientos bastante acertados con respecto al concepto, diagnóstico y manejo de la anemia, las pacientes entrevistadas manifestaban total seguridad con respecto a sus respuesta y enfatizaban de manera constante. Es presumible que los conocimientos alcanzados por la población son definidos desde la consejería en los controles prenatales del embarazo reciente o el reforzamiento que se da con embarazos anteriores.

Las actitudes favorables de la población no fueron igual de sólidas como los buenos conocimientos pero tuvieron buenos resultados en un puntaje global, no todas las puérperas entrevistadas cumplieron sus controles prenatales en la misma unidad de salud, debido a la migración poblacional y la capacidad de realizarse controles en especialistas privados las pacientes diferían en prácticas favorables para el tratamiento de la anemia.

Las prácticas fueron las que demostraron una debilidad importante en la ejecución de las estrategias para disminuir la prevalencia de anemia en las embarazadas del

país. Encontrándose puntajes menores que los esperados y contrastando las actitudes favorables con malas prácticas de las pacientes. Podría definirse otra línea de investigación para definir factores de riesgo en las embarazadas para malas prácticas en el tratamiento de la anemia ya que la consejería brindó conocimientos y modificó actitudes pero no así con las prácticas.

Conclusiones

El estudio demuestra las siguientes conclusiones:

1. Se encontró que la mayoría de la población posee buenos conocimientos acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia así como conocimientos básicos de anemia.
2. Las actitudes de la población a estudio fueron favorables de acuerdo al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia sobre todo en la dieta inclusiva de alimentos propios en el tratamiento.
3. La población posee malas prácticas en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

Recomendaciones

- Al MINSA:
 - Reforzar la consejería a las embarazadas y mujeres en planificación familiar mediante club de planificación y embarazo para las medidas farmacológicas y no farmacológicas para evitar anemia y otras complicaciones obstétricas.
 - Reforzar los conocimientos en la red comunitaria para poder incursionar más en una población con contacto difícil con las unidades de salud primaria.
- A Facultad de Ciencias Médicas
 - Definir líneas de investigación en la eficacia de la consejería en controles prenatales para la prevención de complicaciones obstétricas definidas.
 - Reforzar los conocimientos en los estudiantes de medicina sobre las normas actuales para la atención de embarazos de bajo y alto riesgo.

Referencias

- Acosta, L., & Roque, S. (2011). *Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) en embarazadas de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava-León*. Monografía para optar al título de Licenciada en Enfermería con mención en Materno Infantil, UNAN-LEÓN, ESCUELA DE ENFERMERÍA, LEÓN.
- CDC. (2000). CDC criteria for anemia in children and childbearing-aged woman. *Morbidity and mortality weekly report CDC*, 400-404.
- Centro nacional de excelencia tecnológica en salud. (2010). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños, adultos y embarazadas*. Mexico DF: CENETEC.
- colaboradores, M. y. (2012). Prevención y tratamiento de anemia ferropénica en el embarazo. *Medigraphic*, 563-580.
- Departamento farmacoepidemiología del MISAI. (2011). Terapéutica de enfermedades frecuentes del embarazo y puerperio. *BOLETIN información terapéutica de la APS*, 31-33.
- Espita De La Hoz, F., & Orozco, L. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 2(3), 45-50.
- Farnot, U. (2000). *Gineco-obstetricia*. Lima.
- Gaitán González, E. A. (2013). *Valores de hemoglobina en mujeres embarazadas residentes en zonas de altitud media*. México.
- Lazarte, S. (2011). Prevalencia y etiología de anemia en el embarazo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 28-35.
- Licata, M. (2014). *Nutrición*. Obtenido de <http://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm>

Martindale. (2008). *Agencia de medicamentos española*.

Ministerio de Salud. (2014). *Formulario Nacional de Medicamentos, 7ma ed.* Managua.

Ministerio de Salud, Gobierno de Reconciliación y Unidad, Nicaragua. (2015). *Normativa 0-11: "Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo"*. Managua: Biblioteca Nacional de Salud.

Molina, K., & Tijerino, J. (2006). *Frecuencia de Anemia y su Clasificación en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Perla María Norori y Mántica Berio de la ciudad de León en el período de marzo a mayo del 2006*. Tesis para optar título de Licenciatura en Bioanálisis Clínico , UNAN - LEON, Departamento de Microbiología y Parasitología , León.

Oreiro, B. (2009). Tratamiento de la anemia ferropénica. *Revista española de enfermedades digestivas*, 70.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras*. Londres: © Organización Mundial de la Salud 2001.

Organización mundial de la salud. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra: Editorial médica panamericana.

Schwarcz, R. (2010). *OBSTETRICIA*. Buenos Aires: El Ateneo.

Vallano, A., & Arnau, J. M. (2009). Antimicrobianos y embarazo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 536-542.

Velasquez, Lorenzo, & al., e. (2009). *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A.

World Health Organization. (1992). *International conference of nutrition*. Rome: World Health Organization.

World Health Organization. (2007). *Assesing the iron status of population: Report of a join World Health Organization. World Health Organization, Geneva, 12-15.*

World Health Organization. (2010). *Handbook for guidelines development.* Geneva: Editorial Médica Panamericana.

Zepeda, O., Salinas, V., & Reyes, D. (2007). *Prevalencia de anemia y factores de riesgo en las embarazadas que asisten al programa de Atención al Parto Normal (APN) de los centros de salud de los municipios de Jalapa y El Júcaro (Nueva Segovia).* TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, Nueva Segovia.

ANEXOS

Operacionalización de variables:

OBJETIVOS	VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Conocer las características sociodemográficas de la población a estudio.	Nivel académico	Ninguna	Último grado académico alcanzado.	Nivel aprobado	*Iletrado *Sabe leer y escribir * *Primaria completa *Secundaria completa *Educación superior.
	Edad	Ninguna	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplido	*10 a 14 15 a 19 años *20-34 años *mayor a 35 años
	procedencia	Ninguna	Procedencia específica dentro de zonas urbanas o rurales.	Tipo	Urbano Rural

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

	N° de controles prenatales	Ninguna	Número de controles prenatales con un mínimo de al menos 4 durante todo el embarazo	Controles realizados	Controles insuficientes (menos de 4) Controles suficientes (mayor o igual de 4).
	Evento Obstétrico Actual	Gestas	número de veces que la paciente ha sufrido embarazo previo	Tipo	primigesta, multigesta
		Vía de parto	Tipo de parto que puede ser bajo (vaginal) ó alto (cesarea)	Tipo	Vaginal cesarea

OBJETIVOS	VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	Indicador	VALOR
•Identificar el nivel de conocimiento sobre sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención del parto en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa	Concepto	Ninguna	Disminución de Hemoglobina en sangre	Buenos conocimientos mayor o igual de 5 puntos o malos conocimientos con menor de 5.	<ul style="list-style-type: none"> • Buenos conocimientos • Malos conocimientos
	Frecuencia de anemia durante el embarazo	Ninguna	Asociación de anemia con embarazo		
	Diagnóstico clínico de anemia	Sintomatología	La palidez mucocutánea y las palpitaciones son síntomas		

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

			asociados a anemia		
	Tratamiento farmacológico	Ninguna	Sulfato Ferroso y Albendazol como tratamiento de la anemia		
	Tratamiento no farmacológico	Ninguna	Dieta con alimentos ricos en hierro para tratamiento de la anemia		

OBJETIVOS	VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Describir las actitudes sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención de parto	Actitudes	Importancia de realizar al menos cuatro controles prenatales	Diferentes posiciones positivas o negativas que adoptan las puérperas para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia	Nivel de acuerdo según escala de Likert. Actitudes favorables promedio mayor o igual de 4.0, actitudes no favorables promedio menor de 4.0 a.3.0 y actitudes desfavorables menor de 3.0h	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud favorable • Actitud no favorable • Actitud desfavorable
		Importancia de la captación precoz de embarazo en control prenatal			
		Importancia de tratamiento indicado en los CPN para la anemia			

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

		Importancia de realizarse exámenes durante el embarazo para detectar anemia			
		Asociación de dieta y tratamiento farmacológico para tratamiento de anemia			

OBJETIVOS	VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Señalar las prácticas sobre el tratamiento farmacológico o y no farmacológico de la anemia en las pacientes que recibieron atención de parto.	Prácticas en el uso de tratamiento farmacológico	Ninguno	Forma de conducta o respuesta establecida por puérperas para el tratamiento de la anemia	Buenas practicas mayor o igual de 6 puntos, malas prácticas menor de 6,	Buenas Prácticas o Malas prácticas
	Prácticas asociadas al consumo de alimentos para el tratamiento de la anemia				

Entrevista informante clave

Categoría	Pregunta	Especialista	Médico General	Enfermería	Red comunitaria
conocimiento	¿Qué es anemia?	Es la disminución de hemoglobina en sangre de acuerdo a características fisiológicas en función del medio externo	Es la disminución de la masa eritrocitaria con repercusión en el transporte de oxígeno	Disminución de hierro en sangre	Falta de hierro en la sangre
conocimiento	¿La anemia asocia al embarazo?	Existe una condición fisiológica a partir el II trimestre de embarazo.	Existe predisposición a la anemia que debe ser tratada para evitar complicaciones	La embarazo con factores de riesgo desarrollan anemia	Depende de la calidad de vida de la embarazada
conocimiento	¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la anemia?	Hipotensión ortostática, astenia, taquicardia	Astenia, palidez mucocutánea, cefalea, vértigo, taquicardia	Palidez, cansancio, mareo, dolor de cabeza, debilidad.	“Morición, decaimiento, Lempo, vasca seca, palpitación, ansiedad en el pecho”
conocimiento	Cuál es el tratamiento farmacológico	El suplemento de sulfato ferroso de 60mg diario para prevención y	Sulfato ferroso diario y albendazol en 2do y 3er	Sulfato ferroso 1 tableta	Hierro diario tomado.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

		suplemento antidesparasitante en 2do y 3er trimestre	trimestre de embarazo	diaria y albendazol	
conocimiento	En que se basa en el tratamiento no farmacológico	Dieta rica en alimentos con vitamina b12 y folatos	Dieta rica en hierro y carnes rojas	No consumir alimentos que causan anemia como gaseosas y consumir frijoles, remolacha y espinaca	Comer frijoles, lechuga, espinaca, carao, rábano, remolacha, leche de cabra.
actitudes	¿Cuántos controles deberían hacerse las embarazadas?	Embarazos de bajo riesgo máximo cuatro controles y embarazos de alto riesgo máximo siete controles	Embarazos de bajo riesgo más de 4 controles, embarazos de alto riesgo controles mensuales hasta el parto	Un control mensual hasta el parto	Un control mensual hasta el parto
actitudes	¿Cuál es la importancia de terapia farmacológica para la anemia brindada en los CPN?	Evitar complicaciones maternas y fetales y reducir gastos de prevención secundaria y terciaria	Manejo primario de complicaciones	Evitar complicaciones como hemorragia pos parto	Para que él bebe nazca sano

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

actitudes	¿Cuál es la importancia de la captación precoz en el embarazo?	Manejo preventivo de complicaciones, identificación de factores de riesgo y malformaciones prevenibles en el feto	Identificación de factores de riesgo y poder evitar futuras complicaciones	Para obtener mejores datos en la historia clínica de la embarazada	Para hacer exámenes y ultrasonido y chequear el estado de salud de madre.
Prácticas	¿Cómo hace para tomar sulfato ferroso?	Con adición de bebidas ácidas como jugo de limón y naranja, evitar administración conjunta con calcio ya que hay una inactivación de la absorción de ambas.	Con las comidas junto a jugo de limón o naranja y no tomar junto al calcio.	Con jugo de limón o naranja	En el almuerzo diario.
Práctica	¿Qué hace para tratar la anemia con la dieta?	Seguir una dieta rica en alimentos de origen animal como huevo, hígado acompañado de verduras verdes en 3 a 4 raciones diarias.	Dieta rica en alimentos con folatos diario de 2 a 3 raciones diarias	Comer siempre comida balanceada	Tomar primer hervor de sopa de frijoles.

Instrumento de recolección de la información.

N° de encuesta _____

Datos generales:

Edad _____ Procedencia _____ Nivel académico _____

Gestas _____ Tipo de parto _____ N° de CPN _____

1. Sobre conocimientos de tratamiento farmacológico y no farmacológico de anemia:

- 1.1. ¿Entendemos por concepto de anemia como la disminución de hemoglobina y hierro en la sangre? Si _____ no _____
- 1.2. ¿La anemia es común en el embarazo? Si _____ no _____
- 1.3. ¿La palidez es un síntoma de anemia? Si _____ no _____
- 1.4. ¿Las palpitaciones son un síntoma de anemia? Si _____ no _____
- 1.5. ¿El sulfato ferroso es tratamiento durante todo el embarazo? Si _____ no _____
- 1.6. ¿la anemia puede tratarse con alimentos? Si _____ no _____
- 1.7. ¿El huevo es un buen alimento para tratar la anemia? si _____ no _____
- 1.8. ¿La Remolacha, el brócoli y la coliflor son vegetales ricos en hierro? Sí _____ No _____
- 1.9. ¿Las embarazadas deben tomar medicamento para los parásitos (Albendazol)? Sí _____ No _____
- 1.10. ¿El Albendazol debe tomarse con alimentos? Sí _____ No _____

2. Sobre actitudes de tratamiento farmacológico y no farmacológico de anemia:

2.1. ¿La embarazada debe realizarse al menos 4 controles prenatales?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En acuerdo	Total de acuerdo

2.2. ¿Es importante hacer el primer control de embarazo ante de los 3 meses?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En acuerdo	Total de acuerdo

2.3. ¿Es importante tomarse el sulfato ferroso indicado en los controles de embarazo?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En acuerdo	Total de acuerdo

2.4. ¿Considera usted importante la desparasitarse como parte del tratamiento contra la anemia?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En acuerdo	Total de acuerdo

2.5. ¿Es importante realizarse exámenes de laboratorio durante el embarazo para detectar anemia?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En de acuerdo	Total de acuerdo

2.6. ¿Si usted padeciera de anemia mejoraría su dieta además de tomar medicamento?

Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo.	En de acuerdo	Total de acuerdo

3. Sobre las prácticas del tratamiento farmacológico y no farmacológico de anemia:

- 3.1. ¿Toma el sulfato ferroso con alimentos? Sí _____ No _____
- 3.2. ¿Toma el sulfato ferroso sin otro medicamento? Sí _____ No _____
- 3.3. ¿Ha tomado usted medicamento para los parásitos? Sí _____ No _____
- 3.4. ¿Toma el sulfato ferroso aunque le dé malestar estomacal?
Si _____ No _____
- 3.5. ¿Toma el sulfato ferroso con jugo de naranja y limón? Sí _____ No _____
- 3.6. ¿Come frijol para evitar la anemia? Si _____ no _____
- 3.7. ¿Consume Carnes Rojas 1 vez al menos a la semana? Sí _____ No _____
- 3.8. ¿Considera que la carne es rica en hierro? Si _____ no _____
- 3.9. ¿Consume vegetales verdes en todas sus comidas? Sí _____ No _____
- 3.10. ¿Considera que los vegetales verdes son ricos en hierro? Si _____ no _____
- 3.11. ¿Tomo usted Desparasitante durante el embarazo? Sí _____ No _____
- 3.12. ¿Tomo al menos dos ocasiones desparasitantes (albendazol) durante el embarazo? Sí _____ No _____

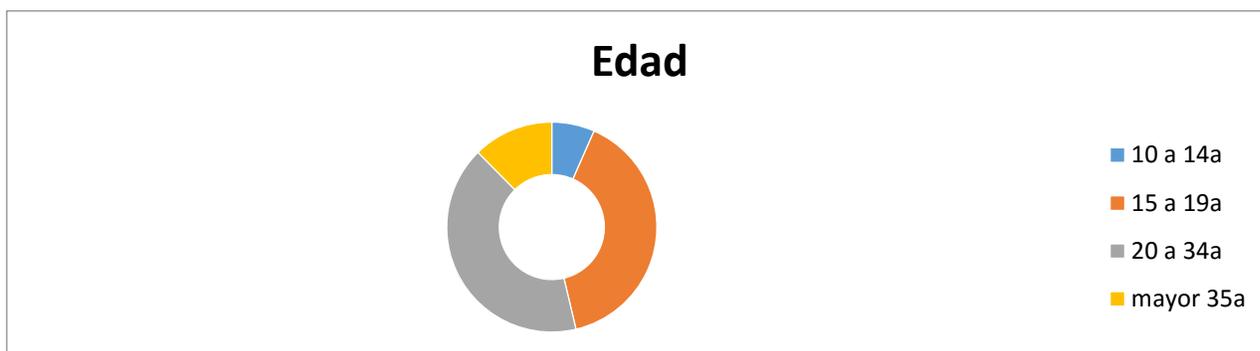
Consentimiento Informado.

A través de este documento, yo como mayor de edad, autorizo a los entrevistadores para que me realicen una encuesta acerca “**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia en las pacientes que reciben atención del parto en el Hospital Asunción de Juigalpa, en el mes Julio, Agosto y Septiembre año 2017.**”. Se me han explicado los objetivos del trabajo de los cuales estoy clara y conforme con las condiciones que me han orientado: si en algún momento deseo interrumpir la entrevista, lo podré hacer libremente y esto no me perjudicaría en ningún sentido .Se garantiza el anonimato de mi identidad. A sí mismo, autorizo a los entrevistadores para que utilicen mis respuestas en su estudio y que sean procesados en lo que estimen convenientes en su nivel académico.

Firma del participante: _____ Firmas de las investigadores: _____

Tablas y gráficos

1 Gráfica N°1 Edades

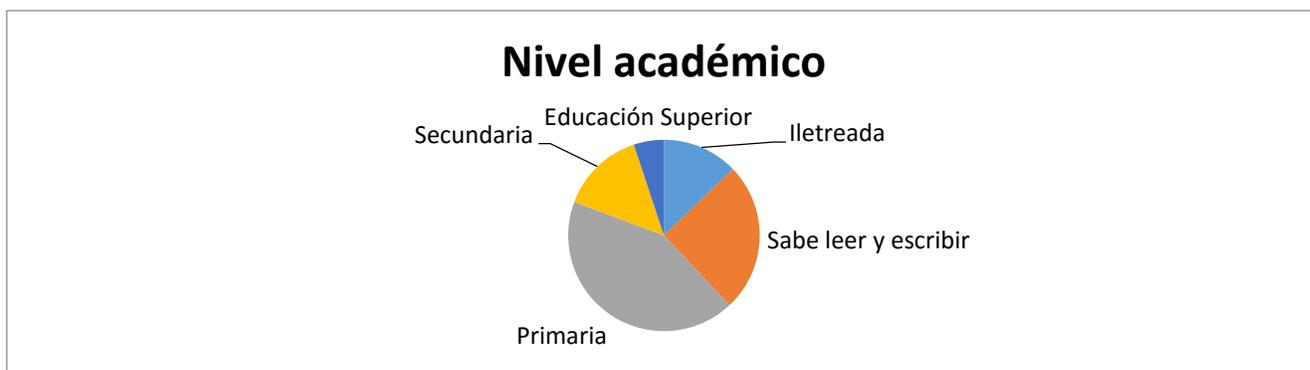


Fuente Tabla 1 Encuestas

Tabla N°1 Edades

EDADES	Porcentajes
10 a 14a	6,60%
15 a 19a	39,70%
20 a 34a	41,30%
mayor 35a	12,40%

2 Gráfica N°2 Nivel de educación



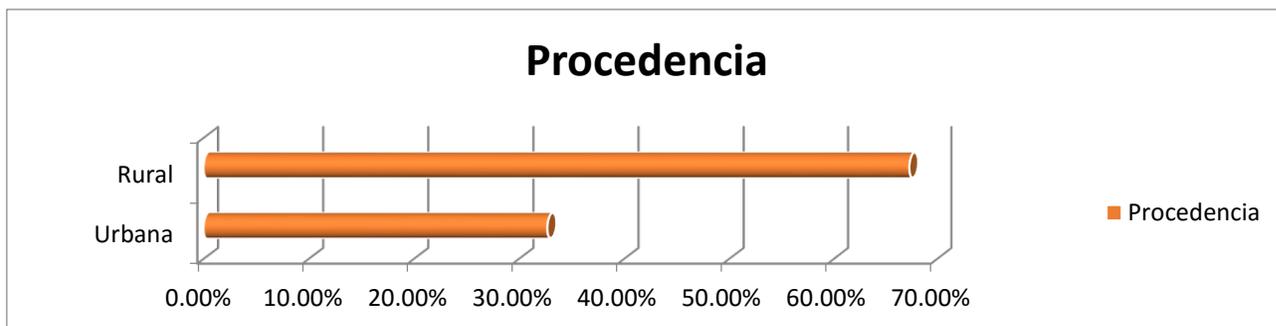
Fuente Tabla 2 Encuestas

Tabla N°2 Nivel Académico

Nivel académico	Porcentaje
Illetreada	12,8%
sabe leer	25,2%
primaria	42,7%
secundaria	14,2%
educación Superior	5,1%

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

3 Gráfica N°3 Procedencia

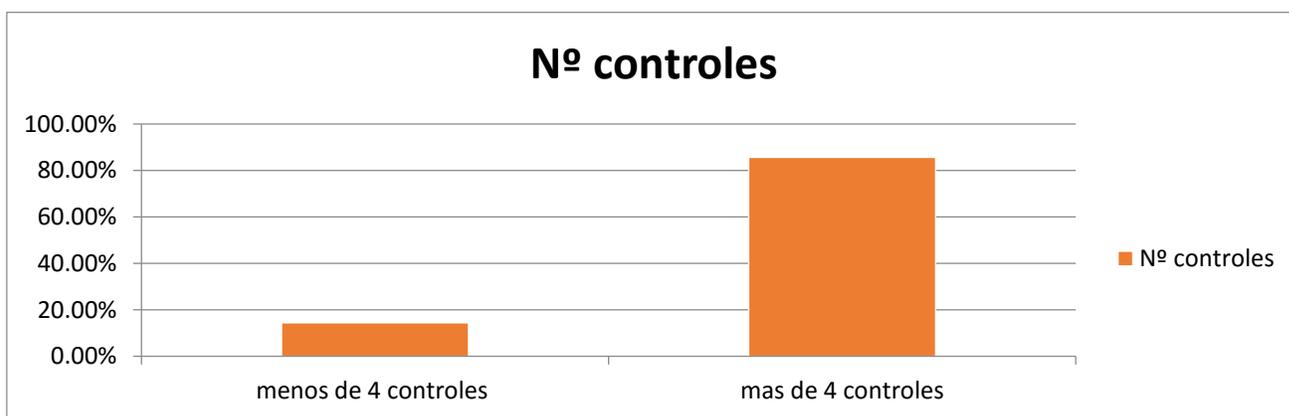


Fuente Tabla 3 Encuestas

Tabla N°3 origen de Procedencias

Procedencia	%
Rural	67.3%
Urbano	32.6%

4 Gráfica Controles Prenatales Cumplidos



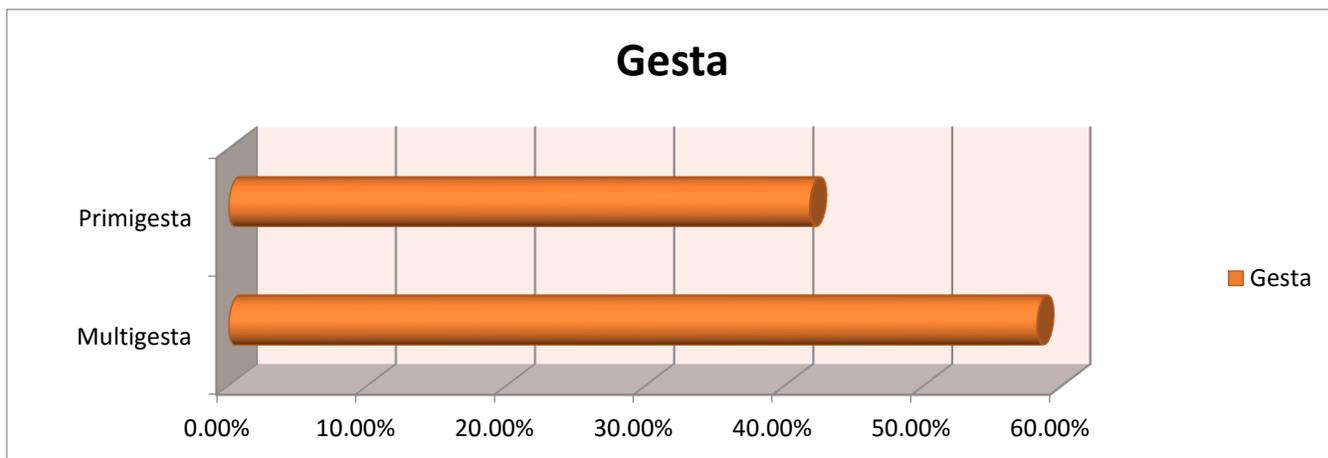
Fuente Tabla 4 Encuestas

Tabla N° 4 Controles realizados

CPN	%
menos de 4 controles	14,40%
más de 4 controles	85,60%

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

5 Gráfica N°5 Gestas

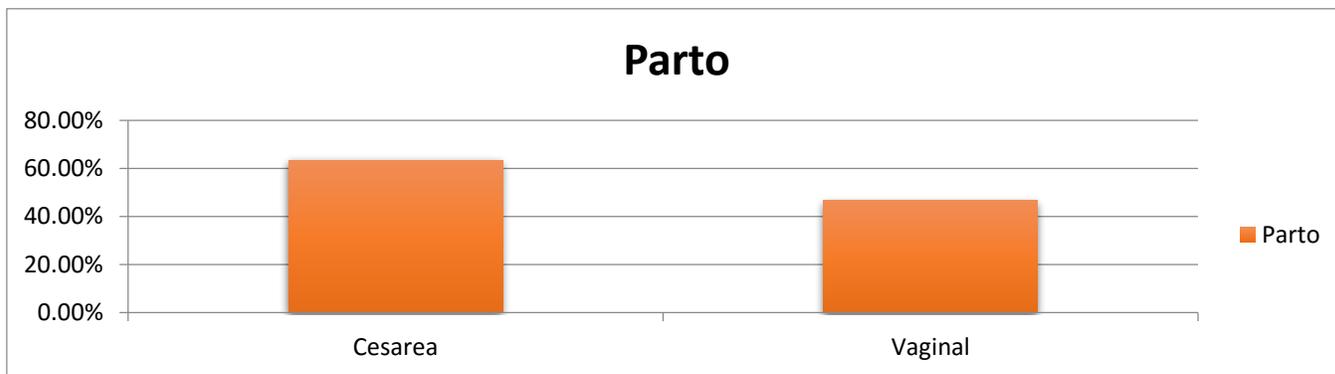


Fuente Tabla 5 Encuestas

Tabla N°5 Gestas

Gestas	%
Multigesta	58,20%
Primigesta	41,80%

6 Gráfica N°6 Tipo de Parto



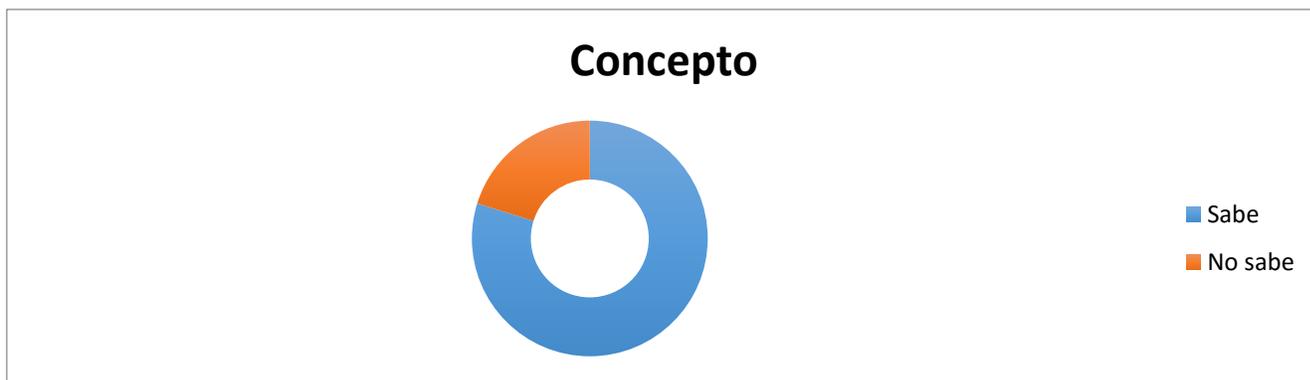
Fuente Tabla 6 Encuestas

Tabla n°6 Tipo de partos

Tipo de parto	%
Cesárea	63,40%
Vaginal	46,60%

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

7 Gráfica N°7 Conocimientos concepto de anemia

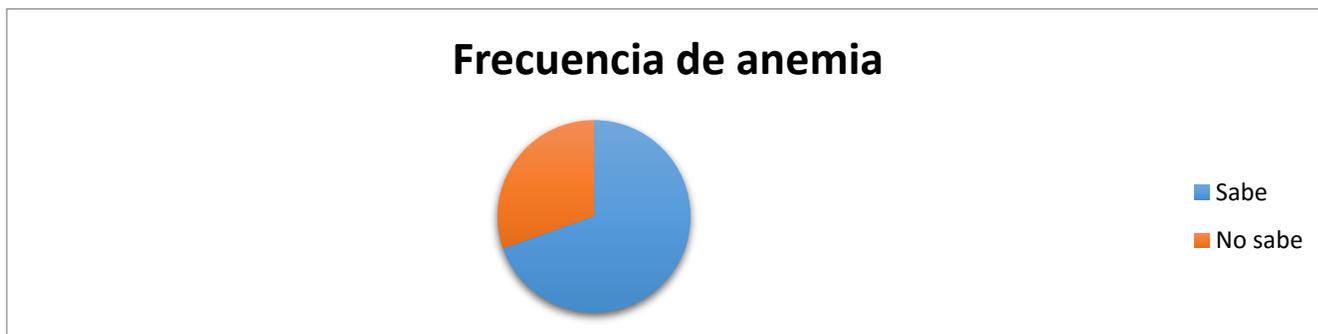


Fuente Tabla 7 Encuestas

Tabla N°7 Conocimientos de concepto de anemia

Valor	%
Sabe	79,70%
No sabe	20,20%

8 Gráfica Conocimientos frecuencia de anemia en embarazo



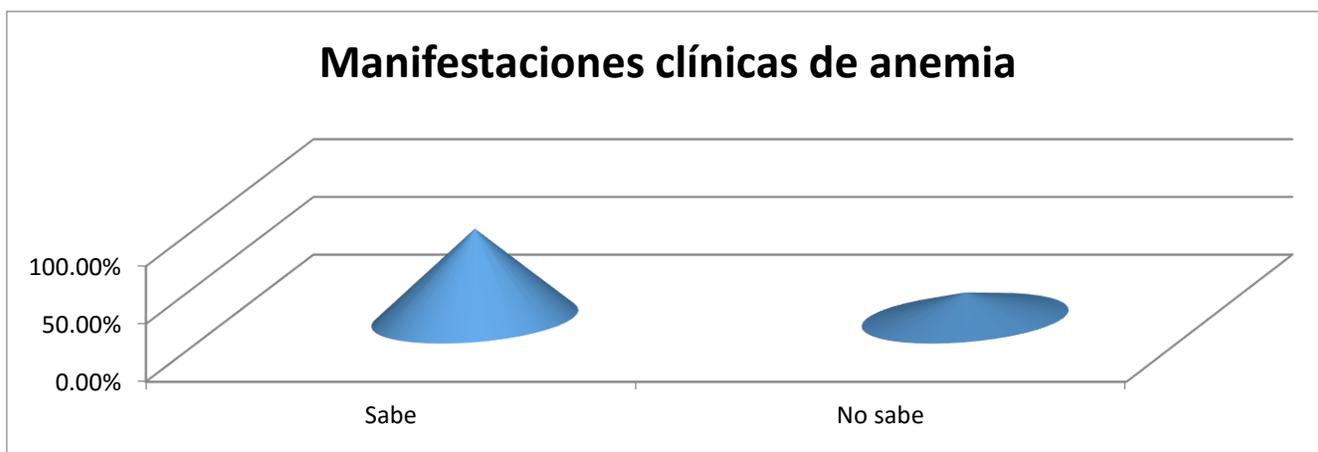
Fuente Tabla 8 Encuestas

Tabla N° 8 Tabla Conocimientos frecuencia de anemia en el embarazo

Sabe	69,5%
No sabe	30,4%

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia

9 Gráfica N°9 Conocimientos Manifestaciones Clínicas de la anemia

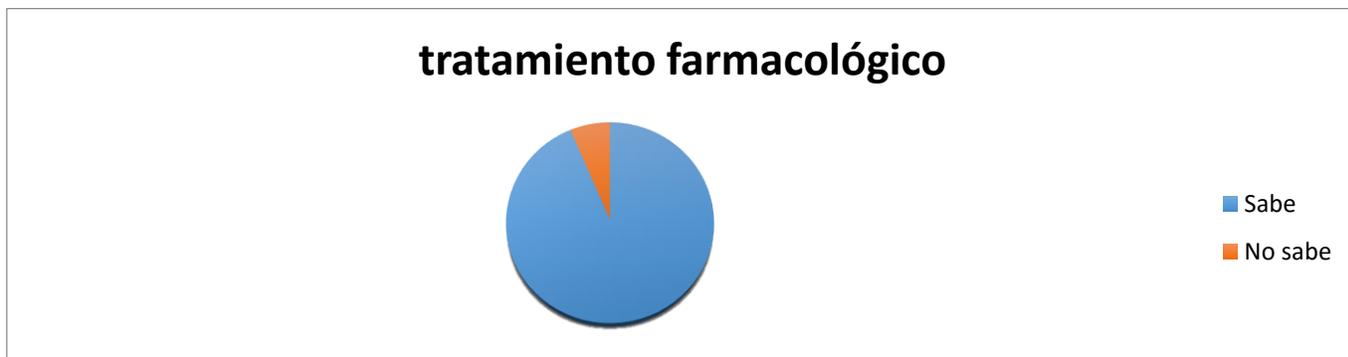


Fuente Tabla 9 Encuestas

Tabla N°9 Conocimientos Manifestaciones Clínicas de la anemia

Valor	%
Sabe	77,60%
No sabe	22,30%

10 Gráfica N° 10 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico de la anemia



Fuente Tabla 10 Encuesta

Tabla N° 10 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico de la anemia

Valor	%
Sabe	93,5%
No sabe	6,4%

11 Gráfico Conocimientos sobre tratamiento no farmacológico

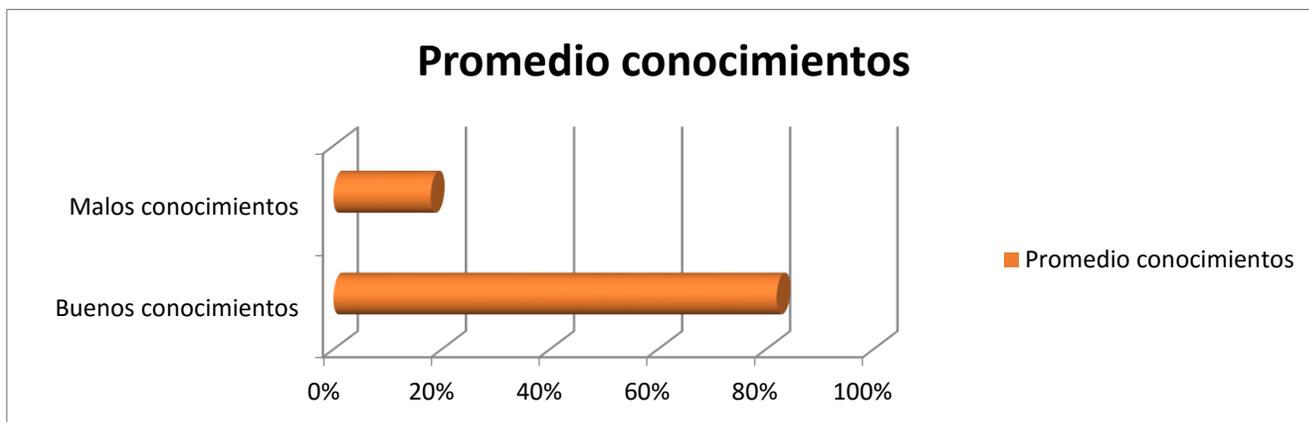


Fuente Tabla 11 Encuestas

Tabla N°11 Conocimientos sobre tratamiento farmacológico

Valor	%
Sabe	89,30%
No sabe	10,70%

12 Gráfica N°12 Promedio conocimientos



Fuente Tabla 12 Encuesta

Tabla N12 Promedio de conocimientos

Valor	%
Buenos conocimientos	82%
Malos conocimientos	18%

13 Gráfica Actitudess Controles Prenatales



Fuente Tabla 13 Encuestas

Tabla Nº 13 Tipo de actitudes por importancia de controles

valor	%
Actitud favorable	56,40%
Actitud no favorable	22,20%
Actitud desfavorable	21,30%

14 Gráfica Nº14 tipo de actitudes con respecto a captación precoz

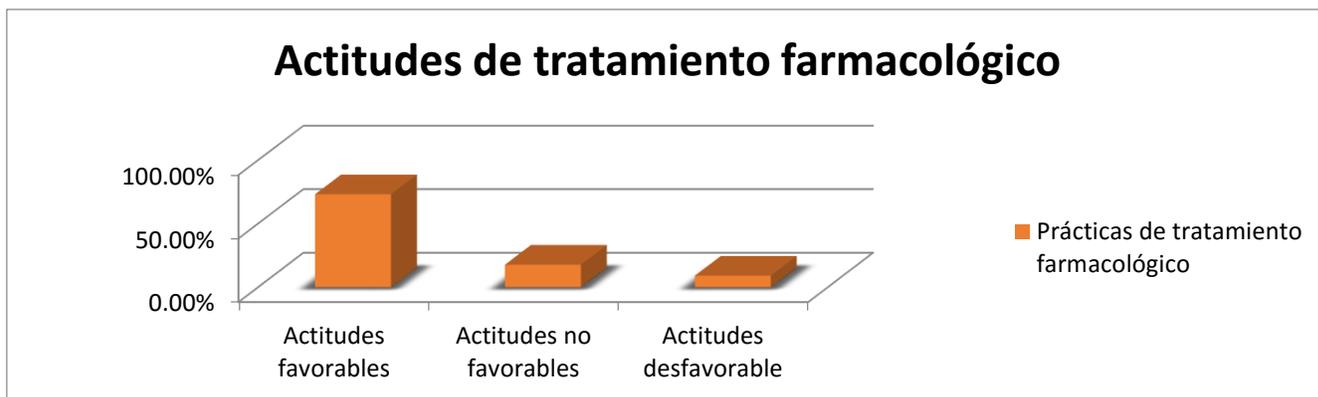


Fuente Tabla 14 encuestas

Tabla Nº 14 tipo de actitudes con respecto a captación precoz

Valor	%
Actitud favorable	57,30%
Actitud no favorable	30,10%
Actitud desfavorable	12,50%

15 Gráfica N° 15 Actitudes sobre tratamiento farmacológico



Fuente Tabla 15 encuesta

Tabla N°15 Actitudes sobre tratamiento farmacológico

Valor	%
Actitud favorable	73,1%
Actitud no favorable	17,7%
Actitud desfavorable	9,1%

16 Gráfica N°16 Actitudes de acuerdo a la toma de exámenes



Fuente Tabla 16 encuesta

Tabla N°16 Actitudes de acuerdo a la toma de exámenes

Valor	%
Actitud favorable	49,4%
Actitud no favorable	27,40%
Actitud desfavorable	23,10%

17 Gráfica N°17 Asociación Dieta y tratamiento farmacológico para anemia

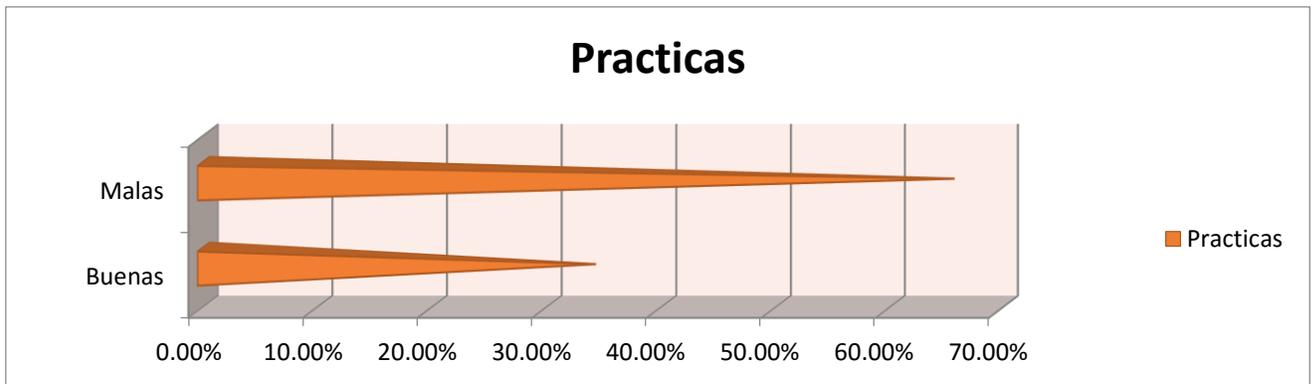


Fuente Tabla 17 encuesta

Tabla N°17 Asociación Dieta y tratamiento farmacológico para anemia

valor	%
Actitudes favorables	58,20%
Actitudes no favorables	34,50%
Actitudes desfavorables	7,20%

18 Gráfica Tipo de Prácticas



Fuente Tabla 18 encuesta

Tabla N°18 Tipos de prácticas para el tratamiento de la anemia

Tipo	%
Buenas	34,30%
Malas	65,70%