



**Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana**

Segunda Especialidad Medicina Familiar y Salud Comunitaria



**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN,
CONTROL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA EN MADRES
DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA ATENDIDOS EN
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. MARIANO MELGAR. AREQUIPA
2019"**

Trabajo Académico presentado por:

M.C. Toledo Ortiz, Claudia Susan

para optar Título de Segunda especialidad en:

Medicina Familiar y Salud Comunitaria

Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio

AREQUIPA – PERÚ

2019

I. RESUMEN

El objetivo de este trabajo académico es establecer la relación entre el nivel de conocimientos, tipo de actitudes y prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en centro de atención primaria.

La población de estudio fueron 280 niños y niñas con anemia menores de 5 años que no tuvieron diagnóstico de recuperado según reporte anual de niños con anemia año 2018 del establecimiento de salud. El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo, transversal según Altman. La recolección de datos se realizó mediante fichas de recolección de datos y cuestionario en forma de entrevista. El análisis de datos se realizará mediante frecuencias absolutas y relativas.

Se provee encontrar los siguientes resultados: Ya que en nuestro medio la anemia tiene una prevalencia de 43,5% en niñas y niños entre los rangos de edad de 6 a 35 meses vi que es necesario determinar el nivel conocimiento de las madres sobre que es la anemia, si las madres logran que sus hijos se adhieran a los tratamientos correspondientes y si tienen algún grado de conocimiento sobre el control de la anemia. En algunos trabajos previos se encontró que el nivel de conocimiento es regular y muchas veces la adherencia a tratamientos de largo plazo es pobre.

Palabras claves: Tratamiento de Anemia, Anemia.

ABSTRACT:

The objective of this academic work is the relationship between the level of knowledge, the behavior of practices and prevention practices, control and adherence to the treatment of anemia in mothers of children under 5 years with anemia attended in the primary care center.

The study population was 280 children with anemia under 5 years without a diagnosis of recovery according to the annual report of children with anemia year 2018 of the health facility. The type of study was descriptive, prospective, cross-sectional according to Altman. Data collection is done through data collection forms and questionnaire in the form of an interview. The analysis of the data is done by absolute and relative frequencies.

It is about finding the following results: Since in our environment anemia has a prevalence of 43.5% in girls and boys in the age ranges of 6 to 35 months it is necessary to determine the level of knowledge of mothers about It is anemia, if the mothers manage to get their children to address the corresponding treatments and have some degree of knowledge about the control of anemia. In some previous works it is found that the level of knowledge is regular and many times the adherence to long-term treatments is poor.

Keywords: Treatment Anemia, anemia.

II. INTRODUCCIÓN

En el tiempo actual la anemia propicia mucha preocupación en todo nuestro entorno especialmente nivel de la salud, en nuestro medio se han realizado normas técnicas, capacitaciones, charlas y diferente tipo de estrategias para mejorar la difusión, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de los niños con anemia, todo esto debido a que se conoce las terribles consecuencias que acarrea la misma, al afectar negativamente el desarrollo de niñas y niños a nivel de las interconexiones sinápticas que se producen a lo largo de esta edad acarreando daño cognitivo, motor, emocional y social. Pero pocos se han preocupado por determinar cuánto conocen las madres sobre que es la anemia, ya que ellas en el hogar son las encargadas de preparar los alimentos o administrar tratamiento si el niño ya presenta anemia, siendo esta la piedra angular para el éxito en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia.

Es muy importante tener presente que la anemia es una enfermedad que tiene un gran impacto en el ámbito de la salud que se presenta con más frecuencia en los primeros años de vida teniendo un gran efecto cuando se presenta la diferenciación de células cerebrales y se da en el momento en que los niños presentan la principal velocidad de crecimiento y desarrollo cerebral. Esto trae consigo, refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la presencia de anemia en el Perú forme parte de un problema de salud pública severo (1).

Por esta razón, nace en mí el interés de llevar a cabo esta investigación sobre el conocimiento, actitudes y practicas sobre la prevención, control, adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el centro de atención primaria Mariano Melgar.

III. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. El problema de investigación

Enunciado

¿Cuál es el nivel de conocimientos, tipo de actitudes y prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?

Descripción del problema

a. Área del conocimiento general:

- **Área:** Medicina familiar
- **Línea:** Anemia

b. Análisis u operacionalización de Variables e indicadores

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE O CUIDADORA

Variable	Indicador	Valor	Escala
Edad	Edad según base de datos	Menores de 18 años De 18 a 29 años De 30 a 59 años	Numérica
Grado instrucción	Estudios según base de datos	Solo se leer y escribir Primaria Secundaria Técnica Universitario	Cualitativa
Estado civil	Estado civil según entrevista	Soltera Conviviente Casada Separada	Cualitativa

Lugar de Procedencia	Lugar de residencia actual	Costa Sierra Selva Extranjero	Cualitativa
Profesión u oficio	Ocupación según entrevista	Ama de casa Trabajadora independiente Trabajadora Dependiente	Cualitativa
Nivel de Instrucción	Estudios según entrevista	Solo se leer y escribir Primaria Secundaria Técnica Universitario	Cualitativa
Hijos	Número de hijos e hijas según entrevista	1 2 3 4 5 Más de 5	Numérica
Anemia en el embarazo	Antecedente de anemia en el embarazo según entrevista	Si No	Cualitativa
Tratamiento Anemia en el embarazo	Antecedente de Tratamiento de anemia en el embarazo según entrevista	Si No Cual tratamiento especifique	Cualitativa
Adherencia al Tratamiento Anemia en el embarazo	Antecedente de Adherencia al Tratamiento Anemia en el embarazo según entrevista	Si No Especifique	Cualitativa
Hijos diagnosticados de anemia	Número de hijos diagnosticados con anemia según entrevista	1 2 3 4 5 Más de 5	Numérica

CARACTERÍSTICAS DE NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS CON ANEMIA

Variable	Indicador	Valor	Escala
Edad	Edad según base de datos	Menor 1 año Menor 3 años Menor de 5 años	Numérica
Género	Sexo según caracteres secundarios	Masculino Femenino	Cualitativa
Lugar de Procedencia	Lugar de residencia actual	Costa Sierra Selva Extranjero	Cualitativa
Anemia	Nivel de hemoglobina	gr/dL	Numérica
Tratamiento Anemia	Antecedente de Tratamiento de anemia	Si No	Cualitativa
Característica del tratamiento de anemia	Dosis por día Número de meses que recibió tratamiento la hija o hijo menor de 5 años non anemia	Dosis por día Número de meses que recibió tratamiento	Numérica

NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Variable	Indicador	Valor	Escala
Nivel Conocimientos	Según resultados de cuestionario sobre conocimientos de prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia	Bueno Malo Regular	cualitativa

TIPO DE ACTITUDES

Variable	Indicador	Valor	Escala
Tipo de actitudes	Según resultados de cuestionario sobre actitudes de prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia	Bueno Malo Regular	cualitativa

TIPO DE PRÁCTICAS

Variable	Indicador	Valor	Escala
Tipo de prácticas	Según resultados de cuestionario sobre prácticas de prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia	Bueno Malo Regular	cualitativa

ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO O HIERRO POLIMALTOSADO

Variable	Indicador	Valor	Escala
Adherencia a la suplementación	Según Test de Morisky- Green Y Levine	Buena adherencia Mala adherencia	cualitativa

c. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres o cuidadoras de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuál es el nivel de anemia según hemoglobina niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son las características de la anemia en niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento, sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son las actitudes, sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son las practicas, sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Melgar Arequipa 2019?

- ¿Cuál es el nivel de adherencia a la suplementación con sulfato ferroso o hierro polimaltosado de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa 2019?

d. Tipo de investigación:

El tipo de estudio de la presente es investigación de campo.

e. Nivel de la investigación:

El nivel de investigación de la presente es: Descriptivo correlacional

2. Justificación

El presente trabajo de investigación tiene su principal fundamento en el ámbito de la prevención de la salud, ya que la anemia posee efectos desfavorables en el desarrollo motor, cognitivo, del comportamiento y crecimiento durante los primeros 5 años de vida. También trasciende durante el embarazo, estando muy relacionado al alza de las tasas de mortalidad materna, mortalidad perinatal, al bajo peso al nacer y a la mortalidad neonatal. Al mismo tiempo, trae consigo repercusión en la obtención de éxito educativo futuro, en el desarrollo del capital humano, en el rendimiento y calidad de vida de los futuros peruanos. De esta forma, la anemia en los niños y niñas menores de 5 años tendrá una repercusión desfavorable en el desarrollo del país.

Con el presente trabajo de investigación se dará una contribución, a la salud pública, dando a conocer el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prevención, control, adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años, incrementando el nivel de competencia sobre el tema.

3. Fundamento teórico:

3.1. Definiciones

Glóbulos rojos: (hematíes, eritrocitos) son elaborados a nivel de la médula ósea bajo la regulación de la eritropoyetina que es una hormona renal. Cuando el eritrocito se encuentra en el torrente sanguíneo, cuenta con una vida media de alrededor 120 días, después de este tiempo es retirado por el sistema retículoendotelial. “Los glóbulos rojos contienen la hemoglobina, pigmento rico en hierro, cuya función primaria es la de almacenar y transportar oxígeno” (2).

Es importante reconocer que los globulos rojos para transportar oxigeno requieren de la hemoglobina, para lo cual deben acumular “cadenas de globina progresivamente desde el estado de proeritroblasto. Además, necesitan sintetizar el grupo hemo, donde está incorporado el hierro (cada hemoglobina tiene 4 grupos hemo y 4 cadenas de globina). En los hematíes normales del adulto” (3).

Los glóbulos rojos o eritrocitos cuentan con una forma de disco bicóncavo, son anucleados, tienen un diámetro de 7,5 μm , con un grosor en la periferia de 2 μm , en la estructura central 1 μm , 90 fl de volumen. De esta forma veremos que el gran volumen de la superficie en correspondencia con el volumen favorece a su deformidad, siendo esto primordial para su función. “La actividad más importante del eritrocito es la distribución de oxígeno (O_2) a los tejidos y la retirada de dióxido de carbono (CO_2) de los mismos. Para cumplir dicha función, el eritrocito cuenta con una estructura básica constituida por tres partes que interactúan entre sí, a saber: la membrana, la hemoglobina y los componentes no hemoglobínicos” (4).

Eritropoyesis: “Es el proceso de formación de los hematíes. Su objetivo es mantener un número relativamente constante de eritrocitos circulantes que aseguren las necesidades de oxígeno de los tejidos. Ello requiere unos mecanismos de regulación que equilibren la tasa de producción con la destrucción fisiológica y la aumenten en condiciones patológicas” (4).

Recordemos que la eritropoyesis fetal inicia aproximadamente a las 3-4 semanas de gestación en el seno endodérmico; a continuación, comienza de la misma forma en el hígado, el cual permanece hasta 1-2 semanas pasado el nacimiento como principal órgano hematopoyético. “Hacia el 4º mes de gestación se incorpora la médula ósea a la hematopoyesis, que será el principal lugar de producción de células hemáticas a partir del nacimiento; desde ese momento, la hemopoyesis disminuye drásticamente hasta alcanzar niveles mínimos de Hb a las 6-9 semanas de edad, recuperándose posteriormente hasta los niveles normales” (5).

Uno de los más importantes aspectos que establece la eritropoyesis es la oxigenación de nuestros tejidos. En el momento cuando por cualquier causa disminuye el volumen de oxígeno que arriba a los tejidos, hay un veloz desarrollo del número de glóbulos rojos circulantes. “Para llevar a cabo esta modificación en el ritmo de respuesta eritropoyética, se produce ante la falta de oxigenación en las células renales la secreción de factor eritropoyético renal que al unirse a una globulina plasmática sintetizada en el hígado forman la eritropoyetina” (5).

Tenemos que tener en cuenta los niveles de cianocobalamina (vitamina B12), hierro y ácido fólico, ya que estos contribuyen en la regulación de la eritropoyesis. “La carencia de estos factores determina un incorrecto desarrollo de la eritropoyesis, bien

porque se formen células anómalas (la carencia de vitamina B12 da lugar a células megaloblásticas) o porque se forme un número insuficiente” (5).

Hemoglobina: Esta es una sofisticada proteína, conformada por un grupo Hem y este a su vez incluye hierro el cual le da el color rojo al hematíe. La hemoglobina también está formada por una porción proteínica llamada globina.

El transporte de oxígeno para todas las células del organismo está a cargo de la hemoglobina (6).

3.1 Anemia: alteración que comprende una reducción del número circulante de hematíes, lo que acarrea un insuficiente transporte de oxígeno para cubrir las necesidades del organismo. “En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar” (6).

En los niños (especialmente en los menores de 5 años), las causas de anemia varían según la edad, raza, etnia y sexo.

Edad del paciente: es indispensable saber la edad del paciente, ya que las diferentes causas de anemia pueden darse a diferentes edades y también según la edad se ve variaciones de los valores normales de hematocrito y hemoglobina.

Desde el nacimiento hasta los tres meses: la anemia fisiológica es la alteración más común, que puede aparecer alrededor de las seis a nueve semanas de nacido. “La eritropoyesis disminuye drásticamente después del nacimiento como resultado del aumento de la oxigenación tisular y la reducción de la producción de eritropoyetina” (7).

En los recién nacidos a término sin ninguna comorbilidad, los niveles de hemoglobina son mayores de 14g/dl, teniendo una disminución súbita, llegando a alcanzar un nivel de hemoglobina de 11g/dl aproximadamente a las 6 a 9 semanas de edad, a lo que se "anemia fisiológica de la infancia" (también llamado el "nadir fisiológico").

Cuando nos referimos al termino de anemia patológica en el grupo atareo de recién nacidos y niños pequeños tenemos que considerar en el primer mes de vida anemia cuando la hemoglobina es menor de 13,5 gr/dl, encontrar hemoglobina en un rango menor a 9 gr/dl que es un nivel mas bajo al que se encuentra normalmente en la anemia fisiológica. Finalmente encontrar piel o mucosas ictéricas u orina oscura, estos llamados signos de hemolisis, y algún síntoma de anemia como mala alimentación o irritabilidad (7).

En la anemia patológica, las causas comunes de la misma incluyen enfermedad hemolítica autoinmune que puede ser incompatibilidad Rh o ABO, merma del volumen de sangre, una infección congénita, anemia hemolítica, esferocitosis hereditaria entre las más frecuentes.

En el periodo neonatal si hay presencia de hiperbilirrubinemia esta puede insinuar una etiología hemolítica; por el contrario, cuando encontramos microcitosis en el nacimiento esta advierte Talasemia o pérdida de sangre crónica intrauterina.

En paralelo con neonatos a término, los neonatos prematuros nacen con menor hemoglobina y hematocrito, el hematíe tiene una reducida producción de eritropoyetina por una inmadura producción hepática y su vida útil es más corta, esto genera que la anemia del prematuro sea más grave en comparación con la de un neonato a término.

En los niños de 3 a 6 meses se considera a la hemoglobinopatía como una de las principales causas de anemia, siendo la falta nutricional de hierro una causa poco presumible.

En niños mayores de 6 meses y adolescentes encontramos que la causa principal de anemia viene siendo dada por la deficiencia de hierro, teniendo que hacer la detección de la misma de preferencia dentro de los 6 meses y el año de edad.

En lo que refiere al sexo, el origen hereditario de la anemia puede ser dado por alteraciones ligadas al cromosoma X entre las más frecuentes encontramos anemia sideroblástica ligada cromosoma X y deficiencia G6PD. En el sexo femenino especialmente después de la menarquia la principal causa de anemia es el sangrado menstrual excesivo.

“La raza y el origen étnico son útiles para guiar el trabajo para hemoglobinopatías y enzimopatías (p. Ej., Deficiencia de G6PD). Las hemoglobinas S y C se observan con mayor frecuencia en poblaciones negras e hispanas; Los síndromes de talasemia son más comunes en individuos de ascendencia mediterránea y del sudeste asiático; La deficiencia de G6PD es más común entre los judíos sefardíes, filipinos, griegos, sardos, kurdos y poblaciones negras” (7).

La anemia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “la condición en el cual la Hb en la sangre es menor que lo normal como resultado de la deficiencia de uno o más de los nutrientes esenciales (hierro, folato, vitamina B12), independiente de la causa de tal deficiencia. Se define “anemia nutricional” en niños menores de cinco años y en gestantes cuando los valores de Hb son menores de 11 g/dL; en varones adultos, cuando son menores de 13 g/dL; en mujeres adultas no gestantes premenopáusicas, cuando la concentración de Hb es menor de 12 g/dL”; pero esto no

puede ser adaptado para mujeres embarazadas y niños ya que se cuenta con tablas que tienen valores específicos de los rangos de concentración de hemoglobina según sea el caso (8).

3.3 Prevalencia de anemia en niños el Perú:

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática presentó en febrero del presente año, resultados del año 2018 de la población menor a cinco años donde hace referencia a la disminución de la desnutrición crónica en 5.3%, también hace referencia a los índices de anemia de los cuales refiere un impacto del 43,5% en niñas y niños con una edad entre 6 a 35 meses. Entre los resultados también se destaca la disminución en 2,9% de la anemia en los últimos 5 años.

Es importante resaltar que el área rural de nuestro país cuenta con los niveles más altos de anemia llegando a un 50,9% en los niños y niñas dentro de 6 a 35 meses y en el área urbana 40,9%. El departamento que en el año 2018 presentó las tasas más altas de anemia fue Puno llegando a un 67,7% de prevalencia.

En esta nota de prensa se menciona que según el tipo de anemia la leve disminuyó de 27,8% a 27,5%, la anemia moderada incremento de 15,5% a 15,8% y la anemia severa transcurrió de 0,4% a 0,2% en el último año (9).

3.4 Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad:

En el año 2017 el gobierno peruano instauró la norma técnica para el manejo y prevención de la anemia la cual fija los parámetros para el diagnóstico de anemia en niños adolescentes, mujeres gestantes y puérperas siendo estos:

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Ministerio de Salud, Lima 2017.

3.5 Tipos de anemia:

Las anemias se clasifican según el tamaño de los hematíes y según la respuesta de los reticulocitos, esto quiere decir, la respuesta fisiológica de la médula ósea.

Clasificación fisiopatológica:

La clasificación se da según la respuesta del reticulocito que pueden ser anemias regenerativas y no regenerativas.

“Como sabemos el reticulocito son los glóbulos rojos jóvenes inmaduros, el recuento de reticulocitos refleja el estado de actividad de la médula ósea. Y los valores normales de los reticulocitos en sangre periférica se sitúan en torno al 0,5-1% en los primeros meses de vida y el 1,5% después, y ya de forma estable, durante toda la vida” (11).

- **Regenerativa:** cuando se encuentra una respuesta elevada de reticulocitos, lo que señala un incremento de la respuesta eritropoyética a la pérdida de sangre o hemólisis. Las causas de este tipo de anemia engloban comúnmente hemorragia; anemia hemolítica autoinmune; membranopatías (esferocitosis hereditaria); enzimopatías (deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa); hemoglobinopatías (enfermedad de células falciformes); y anemia hemolítica microangiopática (7).
- **No generativas:** en este caso encontramos un recuento de reticulocitos bajo o normal, lo cual refleja una disminución de la producción de hematíes, lo que se explica como una medula ósea hipoactiva o en su defecto inactiva. Encontrando en este grupo la mayoría de anemias crónicas. En este grupo se incluyen cuatro categorías que explican principalmente los mecanismos patogénicos: alteración en la síntesis de hemoglobina, alteración de la eritropoyesis, anemias secundarias a diversas enfermedades sistémicas y estímulo eritropoyético ajustado a un nivel más bajo (11).

Clasificación morfológica:

Conforme esta clasificación se estima los valores de los índices eritrocitarios, que son: el volumen corpuscular medio (VCM), la hemoglobina corpuscular media (HCM) y la concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM). Teniendo de esta forma tres tipos: normocítica, macrocítica y microcítica.

1. Normocítica normocrómica:

Se puntualiza como anemia cuando se encuentran dentro de valores normales todos los índices eritrocitarios. En este tipo de anemia encontramos a la pérdida de sangre, las infecciones, las anemias hemolíticas, las anemias por enfermedad crónica y algunos tipos de medicación como las causas comunes.

Tefferi nos ilustra sobre la importancia del estudio de cualquier tipo de anemia y el aspecto mas importante de la misma es saber si hay un tratamiento. Refiere tambien que en el caso de anemia normocitica los tipos tratables son la anemia hemolítica, las anemias nutricionales y la anemia debida a enfermedad renal (12).

- **Anemias nutricionales.** Esta es un tipo de anemia normocítica donde los pacientes pueden presentar como posibles causas deficiencia de ácido fólico o deficiencia de hierro, debemos de tener en cuenta que estas a su vez se relacionan con anemias macrocítica y microcíticas correspondientemente. En la práctica habitual es importante el dosaje de ferritina sérica, folato y vitamina B12, para poder iniciar el descarte de anemia normocítica.
- **Anemia hemolítica.** Este tipo de anemia lo encontramos como se mencionó anteriormente con más frecuencia en niños, en los exámenes de laboratorio vamos a evidenciar una gran destrucción de glóbulos rojos, con un marcado aumento de la lactato deshidrogenasa, catabolismo incrementado de la hemoglobina con un consecuente aumento de la bilirrubina indirecta, una respuesta elevada de los reticulocitos y disminución de la proteína sérica haptoglobina. De esta forma cuando nos encontremos frente a un caso de anemia hemolítica los tamizajes iniciales deben comprender determinación del recuento de leucocitos, lactato deshidrogenasa, bilirrubina indirecta y haptoglobina (12).
- **Anemia en la insuficiencia renal.** Este tipo de anemia poco frecuente en la infancia, se caracteriza por encontrar un frotis de sangre periférica que no cuenta con un aspecto característico y los niveles de eritropoyetina sérica se encuentran en rango normal. Finalmente es importante destacar que evidenciaremos una anemia

grave y con sintomatología florida cuando la insuficiencia renal esta avanzad, en otros casos la anemia solo será de leve a moderada.

2. Microcítica Hipocrómica:

Esta se define como la anemia donde el volumen corpuscular medio es bajo. Siendo las causas más comunes de anemia microcítica en niños la deficiencia de hierro y la talasemia (13).

Tefferi indica que la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia microcítica. Se confirma cuando se constata un nivel de ferritina disminuido. Si bien la ferritina puede estar elevada durante la fase de reacción aguda, es en extremo imposible que exista anemia ferropénica (AF) en presencia de un nivel de ferritina normal (12).

3. Macrocítica Normocrómica:

Este tipo de anemia se distingue por tener el volumen corpuscular medio alto. En niños entre las causas más frecuentes de macrositosis tenemos: exposición a ciertos medicamentos como por ejemplo los anticonvulsivos, zidovudina y agentes inmunosupresores. Entre otras causas con menor prevalencia encontramos: deficiencia de vitamina B12 o de ácido folato, enfermedad hepática, hipotiroidismo y anemia aplásica.

3.6 Factor altitud en la corrección de la hemoglobina:

En el Perú la altitud asume un papel muy trascendente para la determinación de la hemoglobina, puesto que la adaptación fisiológica del organismo y la variación en la presión barométrica a diferentes niveles sobre el nivel del mar incide en estos valores (13).

Cuando se presenta una disminución en la presión barométrica esta ocasiona un descenso en la presión parcial del oxígeno generando hipoxia. Es importante reconocer que frente a estos cambios el organismo acciona múltiples sistemas de compensación para mantener la homeostasis, ocasionando un incremento de la concentración del hematocrito y la hemoglobina. Esta respuesta presentara variaciones según el tiempo de exposición a la hipoxia ambiental, pudiendo ser a su vez agudas a crónicas. En el diagnóstico de anemia se considera criterio diagnostico como se ha mencionado antes al valor de hemoglobina y hematocrito además de su contribución a la aclimatación a la altura (13).

Nuestro Perú, a diferencia de muchos países, es atravesado por la cordillera de los Andes, gracias a esto y al vivir muchos de nosotros a diferentes altitudes, es que el personal de salud se ve en la obligación de utilizar factores de corrección para llegar a un buen diagnóstico de anemia.

El Ministerio de salud del Perú en la norma técnica para el manejo de la anemia indica lo siguiente: “Las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre y por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia” (6).

TABLAS PARA EL AJUSTE DE HEMOGLOBINA SEGÚN LA ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando el niño, adolescente, gestante o puérpera residen en localidades ubicadas en altitudes por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada.

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altitud.

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud	ALTITUD (msnm)		Factor de Ajuste por altitud	ALTITUD (msnm)		Factor de Ajuste por altitud
DESDE	HASTA		DESDE	HASTA		DESDE	HASTA	
1000	1041	0.1	3082	3153	2.0	4183	4235	3.8
1042	1265	0.2	3154	3224	2.1	4236	4286	3.9
1266	1448	0.3	3225	3292	2.2	4287	4337	4.0
1449	1608	0.4	3293	3360	2.3	4338	4388	4.1
1609	1751	0.5	3361	3425	2.4	4389	4437	4.2
1752	1882	0.6	3426	3490	2.5	4438	4487	4.3
1883	2003	0.7	3491	3553	2.6	4488	4535	4.4
2004	2116	0.8	3554	3615	2.7	4536	4583	4.5
2117	2223	0.9	3616	3676	2.8	4584	4631	4.6
2224	2325	1.0	3677	3736	2.9	4632	4678	4.7
2326	2422	1.1	3737	3795	3.0	4679	4725	4.8
2423	2515	1.2	3796	3853	3.1	4726	4771	4.9
2516	2604	1.3	3854	3910	3.2	4772	4816	5.0
2605	2690	1.4	3911	3966	3.3	4817	4861	5.1
2691	2773	1.5	3967	4021	3.4	4862	4906	5.2
2774	2853	1.6	4022	4076	3.5	4907	4951	5.3
2854	2932	1.7	4077	4129	3.6	4952	4994	5.4
2933	3007	1.8	4130	4182	3.7	4995	5000	5.5
3008	3081	1.9						

Fuente: Ministerio de Salud, Lima 2017.

3.7 Adherencia al tratamiento de la anemia:

Definición de Adherencia:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define adherencia como el cumplimiento del tratamiento, en el que el proceder de un individuo concuerda con el

consejo médico o de salud, También se refiere a ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas o ejecución de cambios en el estilo de vida (14).

La adherencia al tratamiento es considera como la cualidad por la cual un paciente cumple con las tomas de medicación prescritas en el día y la hora recomendada y de la manera adecuada. Se valora que aproximadamente un 20-50% de los pacientes no toma sus medicinas como están indicadas (15).

La OMS, sobre adherencia refiere que es el comportamiento en el que una persona sigue las instrucciones médicas para tomar el medicamento, cumple con un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, lo cual corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (16).

Tipos de adherencia:

A lo largo del tiempo se ha intentado catalogar la adherencia de distintas maneras, pero dentro de las clasificaciones más utilizadas se encuentran: reconocer si la falta de adherencia es intencionada o no intencionada, ya que según lo antes mencionado se plantearán diferentes tácticas para mejorar la adherencia. En el caso de adherencia intencionada se ve una clara voluntad del paciente de no tomar la medicación, en contra parte la adherencia no intencionada refleja el olvido involuntario del paciente; que puede deberse a falta de hábito, que la medicación sea muy compleja, falta de memoria, falta de sostén familiar o a la falta de rutina.

De alguna forma, si nuestro paciente no reconoce la necesidad y la importancia del tratamiento, es muy difícil que se involucre con la correcta toma de la medicación (17).

También podemos denominar a la no adherencia al tratamiento como adherencia primaria y secundaria. Se conceptúa como adherencia primaria en la cual cuando se inicia un nuevo

tratamiento con un paciente este ni siquiera llega a recoger la medicación de farmacia. En el caso de adherencia secundaria esta se refiere cuando el paciente recoge la medicación, pero la toma de manera inadecuada, esto incluye tomar a horas inadecuadas, tomar una dosis incorrecta, dejar de tomar una o varias dosis, incluso aumentar el consumo de las dosis, suspender el tratamiento antes de la fecha indicada (17).

En relación a los factores que influyen en la adherencia, se ha evidenciado que los pacientes que cuentan con una situación ventajosa para la adherencia presenta como características principales apoyo familiar, disponibilidad económica para poder contar con los medicamentos, poder acudir a la consulta, cumplir con el tratamiento, puede acceder a educación y orientación sobre la importancia y los beneficios del tratamiento por parte del equipo de salud, también recibe soluciones a sus inquietudes y dudas; no tienen obstáculos para el cumplimiento del tratamiento y asistir a la consulta, estando convencidos de la importancia del tratamiento y tienen gran interés y responsabilidad para cumplirlo. Por el contrario, el grupo de pacientes en situación de peligro para la no adherencia los aspectos antes mencionados se cumplen en gran porcentaje algunas veces y a pesar de tener conocimiento de los beneficios e importancia del tratamiento, seguidos de nunca (18).

Aspectos de la adherencia:

En la literatura se proponen los siguientes aspectos:

Factores socioeconómicos

El factor de accesibilidad bajo puede colocar a los pacientes en la situación de tener que escoger entre prioridades en su realidad, esto quiere decir decidir velar por los requerimientos de otros miembros de la familia, como por ejemplo los hijos, el precio de

las medicinas, la ausencia de redes de apoyo es un pilar fundamental al momento de buscar el acceso a las medicinas (19).

Factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria

De acuerdo a OMS (2004) una “buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica” (20).

Los líderes de la salud de todos los ámbitos participan para que se satisfaga las necesidades de los pacientes y de este modo crear un mejor sistema de salud. Es muy importante la relación médico paciente, ya que si esta se realiza de manera inadecuada habrá una recíproca falta de confianza (20).

Factores relacionados con el tratamiento

Cuando se habla sobre los factores relacionados con el tratamiento, tenemos que tener en cuenta que los puntos más importantes que influyen sobre la adherencia son los que están ligados con la complejidad del tratamiento médico, fracasos anteriores, duración del tratamiento, variación constante del tratamiento, el no conocer los efectos beneficiosos, los efectos adversos y el no contar con el suficiente apoyo médico para superarlos.

La participación en la adherencia debe acoplarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima (21).

Factores relacionados con la enfermedad

Es muy importante saber cuánto el paciente conoce sobre su enfermedad, cual es la sintomatología, que pasa si abandona la medicación, historia natural de la enfermedad y evolución de la misma. Si el paciente supiera esto cambiaría su visión y se haría participe activamente de su enfermedad (19).

Factores relacionados con el paciente

En los factores relacionados a los pacientes es importante reconocer que un tratamiento no funcionará a largo plazo si no se derriban las barreras que surgen de las creencias y conocimiento del paciente, y se inicia junto al mismo la motivación que permita su continuidad. Acá también se recalca lo imprescindible que se hace una adecuada relación médico paciente y médico-familia, para el cuidado de la salud, brindando en forma oportuna, clara, honesta la información necesaria, todo esto en un clima de confianza (19).

3.8 Conocimiento:

Definimos conocimiento como el acto o efecto de conocer. La capacidad de todos los seres humanos para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

“El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información” (22).

Podemos nombrar dos tipos de conocimiento, el conocimiento puede ser "A priori" cuando el sujeto no necesita de la experiencia previa solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "A posteriori" cuando el sujeto necesita de la experiencia preliminar para llegar a un conocimiento válido (22).

4. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

ANTECEDENTES LOCALES

TITULO: FACTORES SOCIOCULTURALES Y ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES. CS AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA 2017

AUTOR: CHIGUAY, D.; MEDINA, K. 2018 (23).

TESIS: para optar el título profesional de licenciada en enfermería, universidad nacional de san Agustín de Arequipa.

RESUMEN

“El presente trabajo de investigación “FACTORES SOCIOCULTURALES Y ADHERENCIA A LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN MADRE DE NIIÑOS DE 6 A 36 MESES. C.S. AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA – 2017”, tuvo como objetivo determinar los factores socioculturales asociados a la adherencia a la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses. C.S. Ampliación Paucarpata, Arequipa – 2017. Estudio de investigación, de tipo cuantitativo, descriptivo, diseño correlacional de cohorte transversal, para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, técnica el cuestionario; los instrumentos fueron una ficha individual, ficha sociocultural, y el Test de Morisky-Green. La población de estudio fue de 152 madres, con una muestra de 109 madres de niños de 6 a 36 meses, inscritos en el libro de seguimiento de suplementación con micronutrientes, según criterios de inclusión y exclusión establecidos. Con la aplicación del estadístico no paramétrico del Chi Cuadrado, con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5%, se encontró relación

estadística significativa, entre los factores sociales: estado civil, ocupación, edad del niño, tipo de familia, tenencia de la vivienda y relación con el personal de salud. Y entre los factores culturales todos son significativos: grado de instrucción, aceptación del micronutriente, comentarios sobre los micronutrientes e información que recibió de la enfermera” (23).



TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI. AREQUIPA 2016.

AUTOR: CANO SALINAS, DANEE KAREN. 2016 (24).

TESIS: Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, universidad Católica de Santa María.

RESUMEN

“El presente trabajo de investigación tiene como objetivo el determinar el nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica de las madres de niños menores de 5 años con anemia que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi. Es de campo y nivel descriptivo de corte transversal, la técnica fue el cuestionario y el instrumento el formulario de preguntas, la cual fue aplicada a una muestra de 56 madres de familia cuyos hijos son menores de 5 años y que están diagnosticados con anemia ferropénica. La información obtenida se analizó e interpreto llegando a esta conclusión: Que más de la mitad con un 64.3 % de las madres de niños menores de 5 años con anemia que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi presentan un nivel de conocimiento regular sobre anemia ferropénica en tanto seguido por un 32.1 % un nivel de conocimiento bueno y finalmente con un 3.6 % un nivel de conocimiento deficiente” (24).

ANTECEDENTES NACIONALES

TÍTULO: FACTORES ASOCIADOS CON LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN PERÚ: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR, 2007-2013

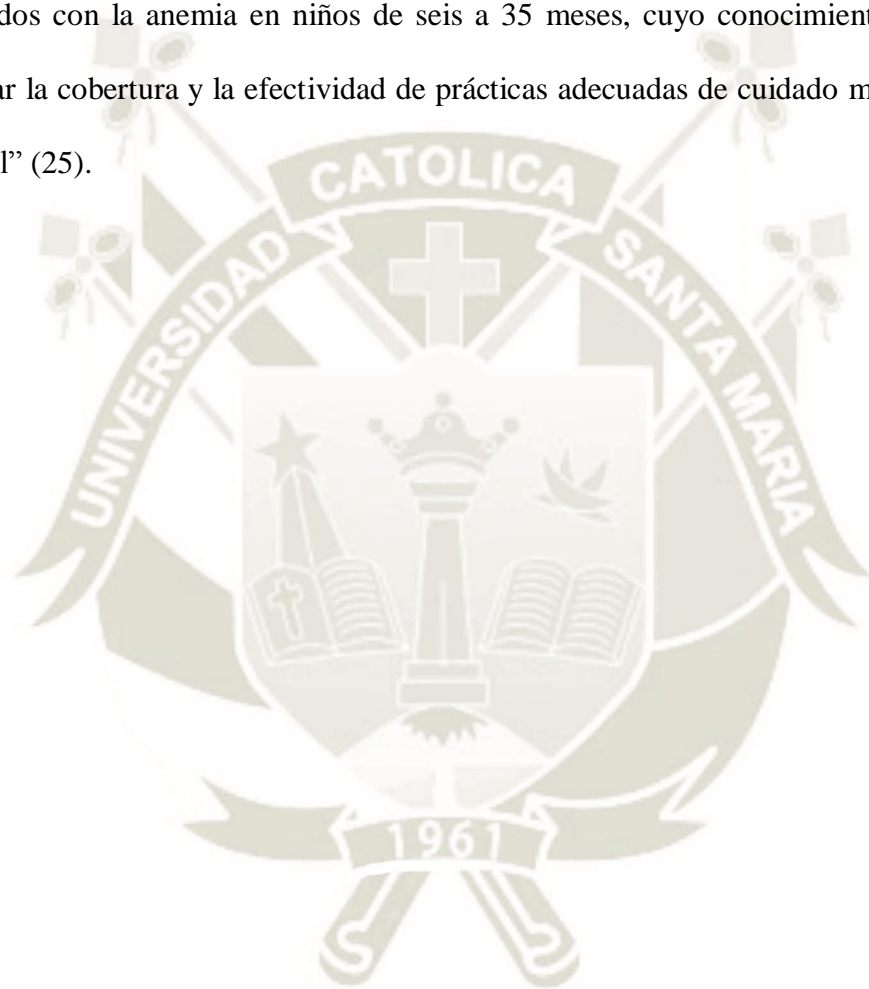
AUTOR: Velásquez-Hurtado, José Enrique; Rodríguez, Yuleika; Gonzáles, Marco; Astete Robilliard, Laura; Loyola-Romaní, Jessica; Vigo, Walter Eduardo; Rosas-Aguirre, Ángel Martín. 2016 (25).

REVISTA AÑO: Biomédica 2016

RESUMEN

“Introducción. A pesar de la disminución de la pobreza en Perú, la prevalencia de la anemia infantil en el país continúa siendo alta. Objetivo. Determinar los factores sociodemográficos y las características del cuidado materno-infantil asociadas con la anemia en niños de seis a 35 meses de edad en Perú. Materiales y métodos. Se hizo un estudio observacional que incluyó los datos sobre hemoglobina sanguínea registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2007-2013, en niños entre los seis y los 35 meses de edad. Mediante un análisis multivariado de regresión logística, se identificaron los factores asociados con la anemia, definida como una hemoglobina corregida por altitud, menor de 11 mg/dl. Resultados. La prevalencia de anemia fue alta (47,9 %). Se identificaron doce factores asociados con la anemia: factores sociodemográficos como vivir fuera de Lima y Callao; en un hogar con bajo nivel socioeconómico; tener una madre adolescente y con bajo nivel educativo; ser de sexo masculino con edad menor de 24 meses y antecedentes de fiebre reciente, y factores relacionados con el cuidado

materno-infantil como la falta de control prenatal en el primer trimestre, la falta de suplemento de hierro durante el embarazo o administrado durante un periodo breve, parto en el domicilio, diagnóstico de anemia en la madre en el momento de la encuesta y ausencia de tratamiento antiparasitario preventivo en el niño. Conclusiones. La ENDES proporcionó información valiosa sobre los factores asociados con la anemia en niños de seis a 35 meses, cuyo conocimiento debe mejorar la cobertura y la efectividad de prácticas adecuadas de cuidado materno-infantil” (25).



TÍTULO: REPRESENTACIONES SOCIALES RELACIONADAS A LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN COMUNIDADES AWAJÚN Y WAMPIS, PERÚ

AUTOR: Julio Mayca-Pérez, Armando Medina-Ibáñez, José E. Velásquez-Hurtado, Luis F. Llanos-Zavalaga, 2017 (26).

REVISTA AÑO: Revista Peruana Médica Salud Publica.

RESUMEN

“Objetivos. Conocer las representaciones sociales de las comunidades awajún y wampis en torno a síntomas y tratamiento de la anemia en niños menores de 03 años, la relación con sus simbolismos, constructos y tipo de alimentación. *Materiales y métodos.* Estudio cualitativo realizado entre junio y agosto del 2015, en los distritos de Río Santiago, Cenepa y Nieva (región Amazonas, Perú); que incluyó entrevistas en profundidad (EP) para personal de salud, autoridades de la comunidad y padres de familia, y grupos focales (GF) para madres de familia. *Resultados.* Se realizaron 38 EP y 13 GF. La población no tuvo un significado claro sobre la anemia, ni manejaba la misma descripción del personal de salud; sino que lo relacionaba con una sintomatología en base a sus representaciones sociales y manifestaciones culturales. Esto aplicaba en la decisión de los padres por el tratamiento a optar, no necesariamente, lo indicado por el personal de salud, y que prefieren el consumo de ciertos alimentos que podrían curar el *putsumat*. El acudir al establecimiento de salud o utilizar multimicronutrientes no era entonces su primera opción de tratamiento. *Conclusiones.* Las representaciones sociales y prácticas tradicionales continúan existiendo y poseen sistemas interpretativos sobre la salud, la enfermedad y su manejo, con lógicas, sentidos y coherencia según grupo cultural. El

putsumat o *putsuju* es un modelo interpretativo equivalente para la anemia, con una sintomatología presentada por los niños con palidez, delgadez, cansancio, sustentado en el sistema cultural simbólico de las poblaciones awajún y wampis” (26).



TÍTULO: CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO SANO, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, LIMA – 2018

AUTOR: MAMANI QUISPE, Ruth Elizabeth; MORALES, Chiarccahuana; CATHY, Mary. 2018 (27).

TESIS: para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería, universidad María Auxiliadora.

RESUMEN

“El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años atendidos en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, Hospital San Juan de Lurigancho, Lima 2018. De acuerdo a los materiales y métodos empleados, la investigación es básica, de tipo descriptivo y diseño no experimental. Se considera una población de madres cuyos hijos son atendidos en una institución hospitalaria, de donde se obtiene la muestra que incluye 69 madres por medio de la técnica de muestreo no probabilístico. Se empleó la encuesta, cuyo instrumento fue el cuestionario constituido por tres partes: datos generales, conocimiento sobre la prevención de anemia ferropénica y la actitud respecto a medidas preventivas. De acuerdo a los resultados, la mayoría de madres (79,7 %) posee un nivel de conocimiento medio; en menor proporción (4,3%), el nivel de conocimiento es alto. En cuanto a la actitud sobre prevención de anemia ferropénica, se evidencia que la mayoría de madres (98,6%) “siempre” se oriente a una actitud favorable y la menor proporción (1,4%) “a veces” se orienta a una actitud favorable. Se concluye que las madres en su mayoría poseen un nivel de conocimiento

medio y “siempre” se orienta a una actitud respecto a la prevención de anemia ferropénica” (27).



TITULO: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE UN CENTRO DE SALUD LIMA 2015.

AUTOR: CORNEJO, C. Cinthia Pamela. 2016 (28).

TESIS: Para optar el Título de licenciada en Enfermería, universidad nacional Mayor de San Marcos.

RESUMEN

“El presente estudio tuvo como Objetivo: “Determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima 2015”. Material y Método: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 146 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de CRED. La muestra fue de 84 madres de niños de 6-24 meses. Conclusiones: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan prácticas adecuadas. Por ello se concluye que la mayoría de las madres que acuden al Centro de salud no conoce el tratamiento y las consecuencias de dicha enfermedad, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años. Así mismo que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia, que consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuencia y cantidad de acuerdo a la edad de su niño; por lo cual no cubren sus requerimientos nutricionales” (28).

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD CALLAO – 2014

AUTOR: PUNCHÍN, Quezada; GIOHANNA, Erika. 2015 (29).

TESIS: Para optar el Título de licenciada en Enfermería, universidad San Martín de Porres.

RESUMEN

“Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el Centro de Salud Callao – 2014. Material y método: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño de casos y controles independientes, analítico, observacional y retrospectivo en 120 historias clínicas de niños y niñas menores de 1 año, 40 historias clínicas (casos) y 80 historias clínicas (controles). La técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. El instrumento ha sido validado por autores nacionales y usados oficialmente en nuestro país en el Plan de Atención Integral de Salud de la Niña o Niño. El análisis se realizó con el Programa Estadístico SPSS para Windows, versión 22.0. Utilizándose la prueba de asociación X^2 de Pearson y el Odds Ratio (OR). Resultados: Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 1.77) evidenció que los niños de 7 a 11 meses tuvieron 1 vez más probabilidad de riesgo de presentar la enfermedad; (OR = 2.14) estimó que los varoncitos tuvieron 2 veces más probabilidades de riesgo; y el (OR = 2.60) con 2 veces más riesgo los que nacieron con peso 2200 a 2999 gramos. Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 3.86) evidenció que tuvieron 3 veces más riesgo por no dar lactancia materna exclusiva, 6 veces por no brindar una alimentación complementaria correcta (OR = 6.60); y 5 veces por no darles frutas y verduras (OR= 5.57). Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 6.60) evidenció que los niños o niñas menores de 1 año tuvieron 6 veces más probabilidades de riesgo de presentar

anemia por haber tenido diarrea; y 3 veces más riesgo por haber padecido de parasitosis intestinal (OR = 3.45). Conclusiones: Se encontró asociación significativa entre las características socio demográfico: sexo, y peso; el tipo de dieta y la lactancia materna exclusiva las infecciones padecidas por los niños como factores de riesgo asociados al desarrollo de la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el Centro de Salud Callao” (29).



TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA Y SU ACTITUD EN EL RÉGIMEN DIETARIO DE LAS MADRES QUE SE ATIENDEN EN EL CRED DEL CENTRO DE SALUD PERÚ – KOREA EN EL PERIODO OCTUBRE-DICIEMBRE 2017

AUTOR: SIGUAS MENESES, Mariela Melissa. 2018 (30).

TESIS: para optar el título de Médico Cirujano, universidad privada San Juan Bautista

RESUMEN

“Esta investigación se realizó para determinar si el nivel de conocimiento científico sobre anemia ferropénica esta relacionada con el tipo de actitud del régimen dietario, es decir si la decisión que se toma en el tipo de alimentación que se consume esta relacionada con cuanto se sabe que alimentos son ricos en hierro en las madres que acuden al cred del Centro de Salud Peru – Korea en el período octubre-diciembre 2017. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo correlacional prospectivo de corte longitudinal. La población según formula para población finita fue de 186 personas. Se aplicó como técnica la encuesta con dos cuestionarios; el primero de diez preguntas para saber el grado de conocimiento científico y el segundo de diez preguntas con la escala tipo Lickert modificada para el tipo actitud hacia el régimen dietario. Para poder aceptar o negar la hipótesis de estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS – 21. La conclusión en cuanto al nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica, se llego a ver que el 32.53% de la población posee un nivel alto, 38.55% tiene un nivel medio y el 28.92% tiene un nivel bajo y en cuanto a la actitud hacia el régimen dietario se vio que el 54.82. % tiene un tipo de actitud de aceptación y el 45.18% tiene un nivel de actitud indiferente. Por lo tanto, hay una relación directa (0.014; $r > 0$) que afirma la hipótesis de la investigación.

Conclusiones: El grado de conocimiento sobre anemia ferropénica tiene relación directa con el régimen dietario” (30).



TITULO: CONOCIMIENTOS, ACTITUD Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA MICRO RED JAE-PUNO, SETIEMBRE - DICIEMBRE DEL 2017.

AUTOR: DIAZ, Mamani; ELIZABETH, Yemy. 2018 (31)

TESIS: para optar el título en Nutrición humana, universidad nacional del Altiplano.

RESUMEN

“El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: determinar los conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad que asisten a la Micro red JAE-Puno, Setiembre Diciembre del 2017. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal; la muestra con la que se trabajó fue de 65 madres con sus respectivos niños. Se aplicó la técnica de entrevista para determinar los conocimientos de las madres, para determinar las actitudes se utilizó la técnica de encuesta mediante la escala tipo Likert y método de auto reporte para determinar las prácticas de las madres. Para determinar los conocimientos, actitud y prácticas de las madres se aplicó la prueba estadística de independencia de variables: programa SPSS v.22. En cuanto a los resultados obtenidos el 20% de madres obtuvieron un puntaje deficiente, el 52.3% de madres obtuvieron un puntaje regular y el 27.7% de madres obtuvieron un puntaje bueno de la madre evaluadas. Con lo que respecta a actitudes el 20% de madres mostraron una actitud riesgosa, el 55.4% actitud buena y el 24.6% como actitud excelente. El 3.1% de madres presentan practicas deficientes, el 33.8 % practicas riesgosas, el 53.8% practicas buena y el 9.2% practicas excelentes. Demostrando que existe correlación entre los conocimientos, actitud y

prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad que asisten a la Micro red JAE-Puno 2017-Setiembre – Diciembre del 2017” (31).



TITULO: MEDIDAS PREVENTIVAS QUE REALIZAN LAS MADRES SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS DE EDAD CENTRO DE SALUD “SANTIAGO APÓSTOL” COMAS DICIEMBRE 2016.

AUTOR: RAMOS TORREJÓN, Katherine Geraldine. 2017 (32).

TESIS: para optar el título de licenciada en Enfermería, universidad privada San Juan Bautista.

RESUMEN

“La anemia ferropénica es un problema de alta incidencia en la salud infantil, debido a que perjudica el desarrollo mental, físico y social en los niños, por ello es necesario estudiar las medidas preventivas que realizan las madres para poder disminuir esta ocurrencia. Este estudio tuvo como objetivo determinar las medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años de edad Centro de Salud “Santiago Apóstol”. Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La técnica usada fue la encuesta y como instrumento, el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 58 madres de niños de 6 meses a 2 años de edad del Centro de Salud “Santiago Apóstol”. Resultados: 52% de las madres de niños de 6 meses a 2 años realizan medidas preventivas inadecuadas, mientras que el 48% realizan medidas preventivas adecuadas, según la dimensión de consumo de alimentos ricos en hierro, la mayoría realiza medidas preventivas inadecuadas alcanzando el 53%, en la dimensión consumo de alimentos ricos en Vitamina C 57% realizan medidas preventivas inadecuadas, y en la dimensión consumo de multimicronutrientes 55% realizan medidas preventivas inadecuadas. Conclusión: Las medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses de 2 años de edad Centro de Salud “Santiago Apóstol” son inadecuadas” (32).

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TÍTULO: REPRESENTACIONES CULTURALES ACERCA DE LA ANEMIA Y LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO

AUTOR: SAMMARTINO, Gloria. 2010 (33).

REVISTA AÑO: Archivo Revista Argentina Pediatría. 2010.

RESUMEN

“ANTECEDENTES: En Argentina, un tercio de las mujeres embarazadas y los bebés sufren de anemia. Sin embargo, la adherencia al tratamiento es muy baja. Este estudio, que es de naturaleza cualitativa, trata de mostrar las representaciones sociales con respecto a las nociones de anemia y la aceptación y rechazo de la suplementación con hierro entre los equipos de salud, las madres y las mujeres embarazadas. POBLACIÓN Y MÉTODOS: Las entrevistas semiestructuradas y abiertas se aplicaron a profesionales y no profesionales que trabajaban en centros de salud, así como a madres de niños pequeños y embarazadas. Los 8 centros de salud que se visitaron están ubicados en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, las provincias de Jujuy y Misiones. La recolección de información tuvo lugar entre junio de 2007 y marzo de 2008; Se entrevistó a 49 integrantes de equipos de salud y 40 madres. El análisis de los datos se realizó con el software NUD * IST. RESULTADOS: Se enfatizaron las actitudes opuestas de los profesionales. Hubo un grupo que no visualizó el problema de la anemia y que no consideró la suplementación con hierro como necesaria, hubo otro grupo que, incluso cuando lo consideró problemático, encontró que la ingesta de alimentos era la solución. Finalmente, hubo un tercer grupo que había incorporado absolutamente la lucha y la prevención de la anemia, para quienes la suplementación con hierro tenía un lugar

importante. CONCLUSIONES: El seguimiento de la regulación para la suplementación con hierro depende de las creencias y los deseos privados de los miembros de los equipos de salud. hubo otro grupo que, incluso cuando lo consideró problemático, encontró que la ingesta de alimentos era la solución. Finalmente, hubo un tercer grupo que había incorporado absolutamente la lucha y la prevención de la anemia, para quienes la suplementación con hierro tenía un lugar importante. CONCLUSIONES: El seguimiento de la regulación para la suplementación con hierro depende de las creencias y los deseos privados de los miembros de los equipos de salud. hubo otro grupo que, incluso cuando lo consideró problemático, encontró que la ingesta de alimentos era la solución. Finalmente, hubo un tercer grupo que había incorporado absolutamente la lucha y la prevención de la anemia, para quienes la suplementación con hierro tenía un lugar importante” (33).

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general

Establecer la relación entre el nivel de conocimientos, tipo de actitudes y prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en centro de atención primaria.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de las madres o cuidadoras de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar las características sociodemográficas de los niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar el nivel de anemia según hemoglobina niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar las características de la anemia en niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en Centro de Atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar el tipo de actitudes, sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en Centro de Atención primaria Mariano Melgar Arequipa.

- Determinar el tipo de prácticas, sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en Centro de Atención primaria Mariano Melgar Arequipa.
- Determinar el nivel de adherencia a la suplementación con sulfato ferroso o hierro polimaltosado de niños y niñas menores de 5 años con anemia atendidos en el Centro de atención primaria Mariano Melgar Arequipa.



5. Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimientos, tipo de actitudes y prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia.

No existe relación entre el nivel de conocimientos, tipo de actitudes y prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia en madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales.

Técnicas: trabajo de campo, entrevista.

Instrumentos: ficha de recolección de datos y cuestionario (Anexo 1).

Materiales:

Fichas de investigación

Material de escritorio

Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo y población de estudio.

2.1. Ubicación espacial:

La presente investigación se realizará en Centro de salud de Mariano Melgar, ubicado en Calle Ica 303 Urb. San Lorenzo, distrito de Mariano Melgar Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: año 2019

2.3. Unidades de estudio:

Madres de niños y niñas menores de 5 años con anemia.

2.4. Población de estudio:

Se tomará el total de la población según reporte anual de niños con anemia año 2018 del establecimiento de salud. (280 niños menores de 5 años que no fueron recuperados)

Criterios de elección:

a) Criterios de Inclusión:

- Madres o cuidadores con hijos menores de 5 años que asisten al establecimiento de salud a la consulta de pediatría o medicina.
- Madres de todas las edades.

b) Criterios de Exclusión:

- Madres que no deseen participar de la entrevista.
- Madre de niños menores de 5 años con anemia que fueron dados de alta.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizará recolección de datos con la autorización del Gerente del Centro de Salud, Dr. Carlos Palacios Rosado.

Se organizará bases de datos para su posterior interpretación y para su posterior análisis.

3.2. Recursos

a. Humanos:

Investigadora: Claudia Suasn Toledo Ortiz

Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia

b. Recursos materiales:

Fichas de investigación

Material de escritorio

Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c. Financieros

Financiamiento proyecto anemia.

3.3. Validación de los instrumentos

No requiere de validación por tratarse de una ficha de toma de datos.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Todos los datos que incluye la base de datos serán agrupados y tabulados respecto al nivel de anemia, nivel de conocimientos, tipo de actitudes y tipo de prácticas sobre prevención, control y adherencia al tratamiento de anemia de las madres de niños menores de 5 años con anemia.

b) Plan de análisis

En el presente Trabajo Académico se utilizará estadística descriptiva para establecer porcentajes y frecuencias.

Se empleará la prueba de Chi cuadrado para buscar la correspondencia entre las variables. El análisis se realizará por medio del paquete SPSS v.19

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Mayo				Junio				Julio	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Redacción de proyecto	■	■	■							
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis				■						
Dictamen de comité de ética de investigación					■					
Ejecución de proyecto						■	■	■		
Recolección de datos						■	■	■		
Estructuración de resultados									■	
Informe final										■

Fecha de inicio: 01 de mayo 2019

Fecha probable de término: 15 de julio 2019

IV. Referencia bibliográfica

1. Noticias OPS/OMS Perú. Perú asume importante reto de reducir la anemia infantil de 44% a 19 % en el 2021. Acceso: 10 junio 2019. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3952:peru-asume-importante-reto-de-reducir-la-anemia-infantil-de-44-a-19-en-el-2021&Itemid=900
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras. Acceso 10 junio del 2019. Disponible en: https://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_S.pdf
3. HEMATOLOGÍA FISIOPATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO. Iván Palomo G., Jaime Pereira G., Julia Palma B. Editorial Universidad de Talca. ISBN: 978-956-7059-85-0. Acceso 12 junio 2019. Disponible en: https://www.ecured.cu/Fisiolog%C3%ADa_del_eritrocito
4. MORALEDA JIMÉNEZ, J. M. Pregrado de hematología. Madrid. LUZÁN, 2011, vol. 5, p. 607-611. Acceso 13 junio 2019. Disponible en: <http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2017/10/Libro-HEMATOLOGIA-Pregrado.pdf>
5. VILLATORO SARAVIA, Sergio Amauri; Prevalencia de anemia nutricional en pacientes adolescentes que consultan a la UCSF joco, morazan, en el periodo de abril a junio de 2017; Acceso 14 junio 2019.
6. TERAPÉUTICO, Manejo. Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Normas Técnicas en Salud. Lima: Ministerio de

- Salud, 2017. Acceso 15 junio del 2019. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
7. SANDOVAL, Claudio; Aproximación al niño con anemia. Acceso 16 junio 2019. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-anemia?search=anemia%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 8. CATALOGACIÓN POR LA BIBLIOTECA DE LA OMS; El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, Trauma y Quemaduras. Acceso 16 junio 2019. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545388.pdf.
 9. NOTAS DE PRENSA > Desnutrición crónica afectó al 12,2% de la población menor de cinco años de edad en el año 2018; Acceso 17 junio 2019 Disponible: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n017-2019-inei.pdf>
 10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011. Acceso 17 junio 2019. Disponible en: https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
 11. A. HERNÁNDEZ MERINO; Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico. Acceso 18 junio 2019. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi05/01/Anemias.pdf>.

12. TEFFERI, Ayalew; BARBUI, Tiziano. Polycythemia vera and essential thrombocythemia: 2015 update on diagnosis, risk- stratification and management. American journal of hematology, 2015, vol. 90, no 2, p. 162-173. Acceso 18 junio 2019. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajh.23895>
13. GONZÁLES G. Contribución peruana a la hematología en poblaciones nativas de altura. Bv Revistas. Acceso 20 junio 2019. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Acta_Andina/v07_n2/contribucion.htm.
14. SILVA E, Correa J, Galeano E. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Octubre-diciembre 2005. Acceso 21 junio 2019. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.org>.
15. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA. ¿Qué es la adherencia? Noticias 2017. Acceso 21 Junio2019. Disponible en:
<http://blog.sefh.es/que-es-la-adherencia/>
16. SABATÉ E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. OMS. Washington, D.C.; 2004. Acceso 22 junio 2019. Disponible en:
<http://www.paho.org/hq/index>.
17. IBARRA, O.; RAMÓN, B.; VERDUGO, M. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. 2017. Acceso 22 junio 2019. Disponible en:
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
18. OVIEDO, Stella Ignacia Ortega; ROSERO, Elizabeth Vargas. Grado de adherencia a tratamientos en personas con riesgo cardiovascular. Avances en

- Enfermería, 2014, vol. 32, no 1, p. 25-32. Acceso 23 junio 2019. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46032>
19. DEL DUCA, Melina, et al. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Biomedicina, 2013, vol. 8, no 1, p. 6-15. Acceso 24 junio 2019. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf
 20. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción, 2004. Acceso 25 junio 2019. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.
 21. MERCADO-RAMÍREZ, Miguel Alfonso, et al. Factores que intervienen sobre la adherencia terapéutica en el tratamiento con insulina en pacientes diabéticos tipo ii del Hospital Regional de Magdalena, Jalisco. Rev Edu Des, 2017, vol. 41. Acceso 25 junio 2019. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Mercado.pdf
 22. CONOCIMIENTO. En: Significados.com. Acceso 26 junio 2019. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>
 23. CHIGUAY, D.; MEDINA, K. Factores socioculturales y adherencia a la suplementación con micronutrientes en madres de niños de 6 a 36 meses. CS ampliación Paucarpata, Arequipa-2017. Tesis Doctoral. tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Arequipa-Perú: universidad nacional de san Agustín de Arequipa. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5140>
 24. CANO SALINAS, Danee Karen. Nivel de Conocimientos sobre Anemia Ferropénica en Madres de niños menores de 5 años con Anemia que asisten al Centro de Salud Francisco Bolognesi. AREQUIPA 2016. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5437>

25. VELÁSQUEZ-HURTADO, José Enrique, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*, 2016, vol. 36, no 2. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/843/84345718008/>
26. MAYCA-PÉREZ, Julio, et al. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajun y Wampis, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2017, vol. 34, p. 414-422. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n3/414-422/es/>
27. MAMANI QUISPE, Ruth Elizabeth; MORALES, Chiarccahuana; CATHY, Mary. Conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años atendidos en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño sano, hospital san juan de lurigancho, lima-2018. 2018. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <http://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/171>
28. CORNEJO, C. Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015. Lima: Universidad nacional mayor de San Marcos, [Internet], 2015. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4707>
29. PUNCHÍN, Quezada; GIOHANNA, Erika. Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 1 año. Centro de Salud Callao–2014.

2015. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2432>
30. SIGUAS MENESES, Mariela Melissa. Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica y su actitud en el régimen dietario de las madres que se atienden en el Cred Del Centro de Salud Perú–Korea en el periodo octubre-diciembre 2017. 2018. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1539>
31. DIAZ, Mamani; ELIZABETH, Yemy. Conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la Micro red JAE-Puno, setiembre-diciembre del 2017. 2018. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7916>
32. RAMOS TORREJÓN, Katherine Geraldine. Medidas preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años de edad Centro de Salud “Santiago Apóstol” comas diciembre 2016. 2017. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1263>
33. SAMMARTINO, Gloria. Representaciones culturales acerca de la anemia y la suplementación con hierro. Arch Argent Peditr, 2010, vol. 108, no 5, p. 401-408. Acceso 17 mayo 2019. Disponible en:
<https://europepmc.org/abstract/med/21132228>

VI. ANEXO

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PRÁCTICAS DE MADRES O CUIDADORES FRENTE A LA PREVENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA.

INSTRUCCIONES: el presente cuestionario pretende evaluar los conocimientos y actitudes para la prevención y adherencia al tratamiento de anemia en niños. Agradecemos su colaboración al proyecto de investigación realizado por UCSM y Dirección de Salud de las Personas GERESA. Por favor responda de la manera más objetiva y sincera. La información suministrada será manejada de manera confidencial y únicamente con fines académicos. Si usted llena este cuestionario está consintiendo ser parte del estudio. Su participación es voluntaria y anónima. Por favor responda con la verdad.

I PARTE. INFORMACIÓN GENERAL

Por favor rellene el campo respectivo _____ según corresponda o marque con una “X” dentro del paréntesis (X) junto a la opción de su preferencia o la que más se adapte a su realidad.

1. DATOS DE LA MADRE O CUIDADOR.

FICHA NÚMERO _____

Distrito _____ Provincia _____

Edad	Género	Profesión u oficio	Estado Civil	Nivel de Instrucción	¿Está afiliada a algún tipo de seguro de salud?	Tiene bajo su cuidado directo niños o adolescentes:	Lengua materna
años	Masculino () Femenino ()		Soltera () Conviviente () Casada () Separada ()	Solo se leer y escribir () Primaria () Secundaria () Técnica () Universitario ()	SIS () Essalud () Fuerzas armadas () Sin seguro ()	Si () No ()	Castellano () Quechua () Aymara () Otro:
Lugar de Procedencia	Número de hijos en edades	Es usted cabeza familia	¿Tiene algún hijo diagnosticado o de anemia?	Edad del niño con anemia o con sospecha de anemia	¿En su embarazo usted tuvo anemia?	¿Recibió tratamiento contra la anemia?	
Costa () Sierra () Selva () Extranjero ()	0 a 12 meses 12 a 24 meses 24 a 35 meses	Si () No ()	Si () No ()	meses () o años ()	Si () No ()	Si () No ()	

2. DATOS DEL NIÑO CON ANEMIA

Edad del niño con anemia	Nivel de hemoglobina	Diagnóstico de anemia	¿Recibe el niño tratamiento contra la anemia?	¿Qué tratamiento recibe contra la anemia?
meses () o años ()		Anemia leve () Anemia moderada () Anemia severa ()	Si () No ()	

¿Cuándo fue diagnosticado tu niña o niño de anemia?

- a) En su control de CRED ___
- b) En campañas de salud ___
- c) En consulta con médico ___
- d) En visita domiciliaria
- e) En programa del vaso de leche ___
- f) Otros ___

Especifique: _____

¿Por qué cree que su hijo tiene anemia?

II. PARTE. CONOCIMIENTOS SOBRE ANEMIA. POR FAVOR SEÑALE CON UNA “X” LA OPCIÓN QUE CONSIDERE MÁS APROPIADA:

1. La anemia es:

- a) La disminución de la hemoglobina ___
- b) La disminución de la glucosa ___
- c) El aumento de hemoglobina ___
- d) La disminución del colesterol ___

2. La anemia es por deficiencia de un mineral llamado:

- a) Calcio ___
- b) Fosforo ___
- c) Hierro ___
- d) Vitamina C ___

3. El hierro es:

- a) Una vitamina presente en los alimentos ___
- b) Un mineral necesario en la alimentación del niño ___
- c) Un nutriente presente en los alimentos ___
- d) Un suplemento necesario en la alimentación del niño ___

4. Un niño con anemia severa presenta las siguientes características:	5. Una de las consecuencias que puede ocasionar en el niño la anemia es:	6. ¿Qué tipo de prueba se realiza para diagnosticar la anemia?
<ul style="list-style-type: none"> a) Aumento de apetito, fiebre, cansancio ___ b) Disminución del apetito, palidez y mucho sueño ___ c) Fiebre, palidez y dolor de cabeza ___ d) Cansancio ___ 	<ul style="list-style-type: none"> a) El aumento de peso ___ b) La diarrea ___ c) El dolor muscular ___ d) El bajo rendimiento escolar ___ e) baja de defensas y se no enferma constantemente 	<ul style="list-style-type: none"> a) Colesterol ___ b) Glucosa ___ c) Hemoglobina y Hematocrito ___ d) Parasitosis ___

7. ¿A partir de qué edad se debe de realizar la prueba de hemoglobina para descartar anemia en su niño?	8. Un niño con anemia menor de 3 años tendrá una hemoglobina:	9. ¿Qué medicamento se utiliza el tratamiento de la anemia?
a) 4 a 5 meses b) 6 meses____ c) 8 meses____ d) 7 meses____ e) 12 meses____	a) Menor a 11g/dl____ b) Mayor a 11g/dl____ c) Menor a 12g/dl____ d) Mayor a 12g/dl____	a) Calcio____ b) Vitaminas____ c) Paracetamol____ d) Sulfato ferroso o hierro polimaltosado

10. ¿Qué alimentos daría Ud. a un niño después de los seis meses de edad para prevenir la anemia?

- a) Papillas y sopas____
- b) Leche materna y alimento rico en hierro____
- c) sangrecita_, bofe, mollejita
- d) Solo leche materna____

11. ¿En qué caso el niño está en más riesgo de sufrir de anemia?

- a) Un niño sin parásitos____
- b) Un niño de 12 meses____
- c) Un niño prematuro y bajo peso al nacer____
- d) Un niño alimentado con leche materna____

12. ¿Qué alimentos conoce UD. que contenga gran cantidad de hierro?

- a) Leche, yogurt, queso, lenteja y verduras____
- b) Betarraga, huevos, carnes y papas____
- c) Frutas, verduras, arroz y menestras____
- d) Carnes, hígado, sangrecita , pescado
- e) Menestras) lentejas, frijoles,etc)____

13. ¿Cuáles son los alimentos que favorecen que el cuerpo absorba el hierro?

- a) Café, infusiones____
- b) Jugo de naranja, limonada____
- c) Chicha morada, agua____
- d) Leche, yogur____

14. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?

- a) Trigo, papa, café____
- b) Café, té, infusiones____
- c) Limonada, agua, verduras____
- d) Frutas secas, té, infusiones____

15. ¿Qué efectos indeseables pueden ocurrir luego de consumir hierro?

- a) Sabor desagradable ____
- b) Vómitos y diarreas ____
- c) heces oscuras ____
- d) Estreñimiento
- e) Todos los anteriores ____

III. PARTE. ACTITUDES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA. POR FAVOR SEÑALE CON UNA “X” LA OPCIÓN QUE CONSIDERE MÁS APROPIADA:

1. ¿A qué edad empezó a darle alimentos diferentes a la leche materna a su hijo?

- a. 5 meses o menos___
- b. 6 meses___
- c. 7 meses o más___

2. En que le da de comer a su niño?

- a. Tiene su propio plato___
- b. Como del mismo plato de usted___
- c. Otros (especifique): _____

3. ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?

- a. De 2 a 5 cucharadas o 1/4 de taza___
- b. De 5 a 7 cucharadas o 1/2 taza___
- c. De 7 a 10 cucharadas o 3/4 de taza___
- d. Más de 10 cucharadas o 1 taza___
- e. Otra respuesta (especifique): _____

4. ¿De la ración que usted le da a su niño en cada comida, termina todo?	5. ¿A parte de las comidas, hasta que edad le dio lactancia?	6. ¿Cuántas veces al día amamanta a su hijo?	7. ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?	8. Su niño no tiene ganas de comer
a. Si___ b. A veces___ c. No___	a. 6 meses___ b. 12 meses___ c. 18 meses___ d. 24 meses___ e. Más de 24 meses___ f. Sigue lactando___	a. Solo toma pecho___ b. De 1 a 2 veces___ c. Más de 2 veces___ d. Ya no amamanto___	a. 2 veces___ b. 3 veces___ c. 4 veces___ d. 5 veces___	a. A veces___ b. Siempre___ c. Nunca___

4. Cuando su niño no quiere comer, ¿qué hace usted para mejorar el apetito de su niño?

5. ¿Qué combinación cree Ud. que es adecuado para el almuerzo de su niño?

- a. Arroz + Puré + hígado___
 - b. Arroz + hígado___
 - c. Solo Puré de papa___
 - d. Solo mazamorra___
 - e. Caldo___
 - f. Puré + hígado___
- ¿Porque?

6. Al preparar la comida de su niño lo primero que hace usted es:	7. ¿A su niño le han recetado sulfato ferroso?	le enseñaron a dar el sulfato ferroso o los sobrecitos con Multinutrientes	8. ¿Cuántas veces al mes tiene diarrea su niño?
a. Compra los alimentos ya cortados y listos para cocinar____ b. Pica los alimentos____ c. Compra la comida hecha____ d. Lava los alimentos y los utensilios____	a. Si____ b. No____ ¿Cómo lo toma?	a. Si____ b. No____ ¿Cómo lo toma?	a. Nunca____ b. 1 vez____ c. 2 veces____ d. 3 veces o más____

9. Al darle la comida a su niño usted:

- a. Se lava las manos antes de darle de comer al niño____
- b. Se lava las manos antes y después de darle de comer al niño____
- c. Se lava las manos después de darle de comer al niño____
- d. No se lava las manos____

10. ¿Con que toma su niño el sulfato ferroso?

- a. Con agua____
- b. Con leche____
- c. Con jugo____
- d. Con agüitas de hierbas____
- e. Otros____

11. ¿Su niño come alguno de estos alimentos y con qué frecuencia?

Alimento	FRECUENCIA DE CONSUMO						
	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	4 veces o mas	Cada 15 días	1 vez al mes	No consume
Frijoles							
Lentejas							
Pallares							
Arvejas verdes							
Hígado							
Bazo							
Corazón							
Sangrecita							
Pollo							
Res							
Pescado							
Menudencia de pollo							

12. ¿Qué cantidad de los alimentos antes mencionados come su niño?

Alimento	CANTIDAD DE CONSUMO DIARIO DEL ALIMENTO					
	1 cucharada	2 cucharadas	3 cucharadas o más	Un trozo pequeño	Un trozo mediano	Un trozo grande
Frijoles						
Lentejas						
Pallares						
Arvejas verdes						
Hígado						
Bazo						
Corazón						
Sangrecita						
Pollo						
Res						
Pescado						
Menudencia de pollo						

13. Cuando usted lleva a su niño o niña a un establecimiento de salud que le parece muy importante para combatir la anemia:

Servicio	Muy Importante	Indiferente	No es importante
Vacunas			
Evaluación del crecimiento y desarrollo			
Controles de uso de gotas o jarabe de sulfato ferroso o el hierro polimaltosado			
Apoyar y colaborar en las visitas domiciliarias			
Asistir a las sesiones demostrativas para aprender a cocinar saludable			
Otro que considere importante especifique:			

14. Adherencia a la suplementación con sulfato ferroso o hierro polimaltosado:
Marque con una “x” la respuesta de abajo

Adherencia a la suplementación con sulfato ferroso o hierro polimaltosado	SÍ	NO
Ha olvidado alguna vez dar sulfato ferroso o el hierro polimaltosado a los niños/as bajo su cuidado.		
Cuando sus hijos se sienten bien, están alegres, animados y se ven sanos ¿deja de darles sulfato ferroso o el hierro polimaltosado ?		
Ha dejado de dar sulfato ferroso o el hierro polimaltosado cuando los niños bajo su cuidado enferman, por ejemplo la diarrea o tos (gripe)		
Alguna vez le ha dado sulfato ferroso o el hierro polimaltosado a los niños /as bajo su cuidado, en alimentos líquidos, como refrescos, sopas o alimentos calientes?		

15. SOBRE SU HOGAR Y MEDIO AMBIENTE:

Forma de consumo de agua en su hogar	SIN CLORAR	SIN HERVIR	CLORADA	HERVIDA
Consume agua de Red Pública instalada en casa				
Consume el agua que compra de las cisternas				
Consume agua de pileta				
Consume agua de pozo				
Otros especifique				

16. Información sobre anemia, sesiones demostrativas otros:	Siempre	A veces	Nunca	¿Qué institución o programa o persona hizo esa actividad?	¿Qué temas recibiste por favor enumerar los que más te acuerdas?
¿Ha recibido alguna vez información sobre anemia?					
¿Ha recibido alguna vez consejería?					
¿Ha recibido alguna vez sesiones demostrativas?					
¿En alguna visita domiciliaria te pidieron que muestres el frasco de gotas o jarabe para comprobar si estuviste dando el tratamiento de sulfato ferroso o el hierro polimaltosado u otro micronutriente a tu menor hijo o hija?					

Gracias por su colaboración.