

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. ENFERMERÍA

Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses y factores asociados C.S.M.I.

Tahuantinsuyo bajo 2010

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Vilma Liliana de La Merced Casas Castro

ASESOR

Lic. Luzmila Vilma Figueroa Ames

Lima – Perú

2010

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA EN
NIÑOS DE 6 A 24 MESES Y FACTORES ASOCIADOS
C.S.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO 2010**

INDICE

Índice general	iii
Resumen	v
Presentación	ix

CAPITULO I: INTRODUCCION

A. Planteamiento Delimitación y Origen del Problema	1
B. Formulación del problema.....	10
C. Justificación.....	10
D. Objetivos: General y Específicos	14
E. Propósito.....	14
F. Marco Teórico	15
G. Definición Operacional de Términos	36

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio.....	38
B. Descripción de Sede de Estudio	39
C. Población y/o Muestra.....	41
D. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	42
E. Proceso de Recolección de Datos	43
F. Procesamiento y Tratamiento Estadístico de Datos.....	44
G. Consideraciones Éticas.....	45

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES

A. Resultados	46
B. Discusiones	51

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y

LIMITACIONES

A. Conclusiones.....	55
B. Recomendaciones.....	56
C. Limitaciones	57
Referencias bibliográficas	58
Bibliografía	61
Anexos	

RESUMEN

La investigación titulada: Adherencia al Tratamiento de Anemia Ferropénica en Niños de 6 a 24 Meses y Factores Asociados C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo 2010 estuvo orientada a determinar la adherencia y los factores asociados en el tratamiento de los niños. Dicho estudio de naturaleza cuantitativa es de nivel aplicativo, pues los resultados del mismo, permitirán al establecimiento de salud, elaborar estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica. El tipo de muestreo que se utilizó fue el probabilístico de tipo sistemático, siendo el marco muestral los niños de 6 a 24 meses y la unidad de análisis las 50 madres que conformaron la muestra. Para la recolección de datos se apeló a la entrevista de tipo estructurada, para la cual se utilizó como instrumento un cuestionario, el mismo que previamente fue materia de validación. Al término del estudio ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones: La no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S "Tahuantinsuyo Bajo", evidenciándose el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético. Los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son a) Efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento. b) Desconocimiento

de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento. c) Atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención.

Palabras claves: Anemia ferropénica, Tratamiento, Adherencia, Factores asociados, lactante.

ABSTRACT

The qualified investigation: Adherence to the Treatment of Iron deficiency anemia in Children from 6 to 24 Months and Associate Factors M.I.H.C. "Tahuantinsuyo Bajo" 2010 was orientated to determine the adherence and the factors associated in the treatment of the children. The above mentioned study of quantitative nature is of applicative level, so the results of the same one, they will allow to the establishment of health, to elaborate strategies that favor the adherence to the treatment of iron deficiency anemia. The sampling rate used was probabilistic systematic sampling frame being children 6 to 24 months and the unit of analysis the 50 mothers who comprised the sample. For data collection was appealed to the structured interview type, for which a questionnaire instrument used, the same as previously was the subject of validation. At the end of the study has been possible to reach the following conclusions: Non-adherence is a condition seen in almost all children diagnosed with iron deficiency anemia in the H.C "Tahuantinsuyo Bajo", the meaning of non-compliance with medication and dietary regimes . The factors that have a statistically significant association are a) drug treatment side effects, a condition that was

present in all children with constipation being the most common and that was the reason for discontinuation of treatment. b) Ignorance of the mother about the disease and treatment, appreciating this factor in more than half the population under study, which highlights the non-collection of anemia as a serious disease and the lack of treatment regimes. c) inappropriate care, factor in as many mothers that led to the lack of continuity of care.

Key words: Iron deficiency anemia, Treatment, Adherence, associate Factors, breast-fed baby.

PRESENTACION

La anemia ferropénica es actualmente una enfermedad muy frecuente en los niños menores de 2 años de edad. El Perú es el cuarto país con mayor índice de anemia a nivel de Latinoamérica y El Caribe según el reporte presentado por el Instituto Nacional de Salud en el año 2008. Varios estudios han demostrado que este tipo de anemia se encuentra estrechamente relacionada con una depresión tanto motora como mental en el desarrollo del niño, la cual puede ser irreversible.

La principal estrategia para el control y tratamiento de la anemia es el sulfato ferroso y una dieta con alto contenido en hierro; pero, ésta enfermedad enfrenta un obstáculo muy importante para su control: la no adherencia al tratamiento. Diversos factores impiden que las madres de estos niños no cumplan el tratamiento a cabalidad indicado por el personal de salud.

En este contexto la investigación: “Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses y factores asociados - C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo 2010” pretende determinar si existe

adherencia al tratamiento y los factores facilitadores con el propósito de establecer estrategias para favorecer que todos los niños terminen el tratamiento de anemia.

Dicha investigación responde a un requerimiento académico en el proceso de culminación de formación profesional para acceder al título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Con fines de presentación esta investigación se ha estructurado en 4 capítulos: El capítulo I, denominado Introducción comprende el Planeamiento, delimitación, origen y formulación del problema, justificación, objetivos, propósito de la investigación, antecedentes del estudio, base teórica y la definición operacional de términos. El Capítulo II: Material y Método describe: el Tipo y Método utilizado, la descripción de la sede de estudio, la población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, así como el proceso de recolección de datos, seguido del procesamiento y tratamiento estadístico de datos; El Capítulo III: Resultados y Discusión expone los resultados obtenidos, el respectivo enjuiciamiento y discusión de los resultados; por último, El Capítulo IV expone las conclusiones,

recomendaciones y limitaciones en torno a la investigación. Finalmente se presenta las Referencias bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, aproximadamente un total de 1 800 millones de personas a nivel mundial tienen anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro. La anemia se extiende por toda la región de América Latina y El Caribe sin diferenciar estrato socio-económico, grupo étnico-cultural o área de residencia. El Perú es el cuarto país con mayor índice de anemia a nivel de Latinoamérica y El Caribe, siendo los más afectados los niños menores de 5 años (50.4%); dentro de los

cuales, el grupo más vulnerable es el de los niños menores de 2 años con un 68.8% de prevalencia de anemia. Según el reporte del Instituto Nacional de Salud (INS) y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) 2009 del Perú, en Lima Metropolitana la incidencia de anemia en niños de 6 a 35 meses es de 32%; en la sierra se observa el mayor número de afectados: sierra rural con 58.1% seguido de la sierra urbana con 44.5%; por último, la región de la selva con 43.9% de casos. Al distinguirse los porcentajes de anemia por grupos de edad, es el de los 6 – 11 meses el que presenta la mayor casuística (67.1%); seguido de los niños de 12 – 23 meses con el 53.9%, por último el grupo de 24 – 35 meses con el 24.3% de los casos.

La anemia es una de las enfermedades más frecuentes de la especie humana, especialmente en los países en vía de desarrollo. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, es decir, la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y latitud. La insuficiencia de hierro es en la actualidad la principal deficiencia de micronutrientes del mundo.

La deficiencia ocurre con mayor frecuencia de lo esperado, porque la mayor parte de este mineral se encuentra en forma férrica (no heme) que es difícil de absorber y, por tanto, poco biodisponible. El

hierro heme, de origen animal, es la forma más fácilmente absorbible, con una biodisponibilidad 2 a 3 veces mayor que la del hierro no heme, pero la escasez de carne en la alimentación de una gran proporción de la población del mundo hace que la deficiencia de hierro sea común en el planeta, debido a que, en su mayoría, la dieta están basadas en cereales y vegetales y es baja en productos de origen animal, presentándose así la deficiencia nutricional como una causa que constituye más de la mitad del total de casos de anemia. Además de la presencia en la dieta de compuestos que inhiben su absorción como los fitatos de los cereales y los taninos del café, té y hierbas para infusiones.

La mayor prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño. Al nacer, el bebé lleva una pequeña reserva de hierro, que le es transmitida por la madre, para compensar la cantidad aportada por la leche en los primeros meses de vida. A partir de los 6 meses de vida el niño depende de la dieta para mantener un balance adecuado de hierro. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la anemia ferropénica en el lactante y en la primera infancia está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada. Atribuidos a los hábitos inadecuados en la alimentación, la anemia no ha descendido en su

proporción, por lo que el Ministerio de Salud a través del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable plantea estrategias con un enfoque de carácter promocional, preventivo y de tratamiento de anemia ferropénica. Dentro de las estrategias promocionales – preventivas se encuentra la fortificación y enriquecimiento de los alimentos, disponiéndose por norma que se le debe adicionar 55mg de hierro por kilogramo de harina. Esta estrategia se realiza en el Programa Integral de nutrición (PIN) a través del Subprograma Infantil con la entrega de papillas para niños de 6 a 36 meses con extrema pobreza. El suplemento con sales ferrosas es una estrategia usada en poblaciones con elevados índices de anemia y/o en poblaciones en alto riesgo de anemia. Se entrega gratuitamente en los establecimientos de salud de las zonas priorizadas a los niños menores de dos años. Su uso en el Perú no ha sido tan exitoso por el inadecuado suministro en los servicios de salud y su baja demanda por la población aparentemente por problemas de aceptabilidad. Otra estrategia es la educación nutricional y diversificación de la dieta, ya que el hierro, aunque presente en varios alimentos, no siempre es de buena absorción. Por último, el estado ha dispuesto en las acciones de salud como otra estrategia, la ligadura oportuna del cordón umbilical, ya que si éste es ligado antes que deje de latir hay riesgo que el niño no tenga buenas reservas de sangre para sus primeros meses.

Como parte de la prevención, en la atención integral en niño, se ofrece una cartera de servicios como Crecimiento y desarrollo de Niño Sano (CRED), Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), Odontología, Nutrición, donde cada área permitirá en conjunto cuidar el buen desarrollo del niño. El componente de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano es el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a niñas y niños menores de diez años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo dirigido por Enfermería. Este componente detecta a través del examen físico los signos de anemia, al presentarse un caso como sospechoso y también al cumplir los 6 meses por norma, se le manda a realizar un tamizaje de anemia. Al confirmarse el caso de anemia, la Enfermera explicará lo concerniente a la enfermedad, la importancia del tratamiento, le brindará consejería sobre la alimentación rica en hierro, y sobre adecuados hábitos alimenticios. Además el menor de edad es derivado a Medicina donde el Médico le dará la dosis de sulfato ferroso que corrige la deficiencia de hierro sérico, siendo su efecto a corto plazo. El niño seguirá asistiendo normalmente a sus controles de CRED, y cada dos meses se realizará el tamizaje de anemia, hasta que su hemoglobina se encuentre dentro de los parámetros considerados normales. La enfermera es la encargada de supervisar que se cumpla el tratamiento del menor, además de realizar

visitas domiciliarias para cerciorarse que el tratamiento está siendo bien llevado en casa.

El tratamiento de anemia es a través del sulfato ferroso y un soporte nutricional rico en hierro. La dosis recomendada es de 3 mg/kg/día de Fe⁺ elemental en dos o tres tomas. La solubilidad de las sales de hierro es la condición indispensable para que el hierro se absorba adecuadamente, siendo mejor la absorción en la forma ferrosa que en la férrica. Su porcentaje de absorción disminuye progresivamente en relación de la dosis empleada, de ahí la recomendación de administrar la dosis diaria en dos o tres tomas.

El soporte nutricional incluirá un alimento rico en hierro dos veces al día, teniendo como principales a los alimentos que más hierro biodisponible presentan como es el caso de los productos de origen animal: bazo, hígado, sangrecita de pollo, carne. Las menestras y vegetales que tiene menor biodisponibilidad deberán ser acompañados de cítricos como la naranja, limón.

Aunque el tratamiento puede iniciarse tomando la medicación con las comidas, para una absorción máxima debe tomarse, si se puede, por lo menos una hora separado de las comidas. La toma junto con vitamina C, como la contenida en el zumo de naranja, aumenta su absorción. El té, el café, los cereales, los antiácidos y las dietas con

mucha fibra pueden disminuir la absorción de hierro. Los síntomas más frecuentes son náuseas, molestias abdominales, pigmentación dentaria, vómitos, diarrea o estreñimiento. Menos frecuentemente puede haber reacciones alérgicas. La toma concomitante con alimentos, si bien disminuye la absorción, mejora la tolerancia del tratamiento.

La hemoglobina debe incrementarse de forma significativa en 3 ó 4 semanas y se debe alcanzar una cifra normal (mayor de 11gr/dl) en dos a cuatro. Para valorar la efectividad del tratamiento se debe realizar un tamizaje al mes de iniciado el tratamiento. Una vez alcanzado los valores normales de hemoglobina, se debe continuar el tratamiento con hierro oral a la misma dosis por dos meses más y luego volver a tomar determinaciones de hemoglobina o hematocrito.

Cumplir el tratamiento a cabalidad evitará que el niño presente retraso en el crecimiento y desarrollo motor, además de alteraciones de la conducta. A largo plazo impedirá el bajo rendimiento preescolar y escolar asociado a esta enfermedad. La extensión y persistencia de la afectación cerebral parece depender de la edad en que se desarrolla la anemia, su intensidad y duración.

El cumplimiento de todas las recomendaciones indicadas por el personal de salud para el tratamiento de la enfermedad se denomina adherencia. Ella asegurará la óptima recuperación del menor.

No obstante la existencia de un régimen de tratamiento, asegura la recuperación. Según el INS y CENAN 2009, en el Perú sólo el 2.9% de niños afectados con anemia lleva el tratamiento de 6 veces o más a la semana, tratándose el 3.5% a nivel rural y a nivel urbano el 2.7%, habiendo una breve diferencia entre los niños que siguen el tratamiento. Esta situación se ve reflejada en la realidad local. En Lima, se registra según las estadísticas una proporción significativa de niños con anemia (32%), mostrándose la tendencia de no cumplimiento del tratamiento. Situación evidenciada al hacer una revisión de historias clínicas de niños con los diagnósticos de anemia, en el que destaca que el 51.5%, abandonó el tratamiento, mientras que el 27.3% se han recuperado y el 21.2% está aún en tratamiento.

La razón por la que muy pocos niños siguen el tratamiento, es decir, son adherentes, responde a diversos factores que están relacionados con el cuidador del paciente, con el tratamiento y con la prestación de servicios de Salud, dichos factores son mencionados por ESPINOSA Lora en su investigación "Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores" (2005), en el que destaca que el **profesional sanitario es mal perceptor de la falta de**

adherencia, señalando también que una pieza clave para la adherencia es la comunicación efectiva entre profesional sanitario y paciente, además de la elaboración de un plan terapéutico escrito acordado entre ambos. Así mismo en la investigación realizada por URQUIDI Cinthya y colaboradores “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado” se **destaca la resistencia del niño a recibir tratamiento**, haciendo tediosa y cansada la labor de la madre, lo que conlleva a la interrupción del tratamiento.

La educación que los padres hayan recibido influye mucho en el bienestar de sus hijos, ya que dichos conocimientos que ellos tengan guiarán las prácticas de medidas saludables para que puedan asegurar su salud y la de sus hijos, tanto física como mental. Situación que es encontrada en la investigación realizada por NOVOA Mónica y colaboradores titulada “Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil” en la cual **sobresale la importancia de los padres y su educación en un tratamiento exitoso**. Además ARENAS Consuelo en su investigación “Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores” concluye que influye mucho en la adherencia un **cuidador con buenos conocimientos sobre la enfermedad**.

Es en éste contexto en el que se inscribe el problema del proyecto de investigación, que pretende explorar qué otros factores hacen posible la adherencia al tratamiento, derivándose de ello la formulación que a continuación se detalla.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se propone en estudio el siguiente problema: ¿Existe adherencia al tratamiento de anemia ferropénica y cuáles son los factores asociados que permiten el tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad en el C.S. Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo?

C. JUSTIFICACIÓN

La anemia por deficiencia de hierro constituye un problema de salud pública en nuestro país ya que presenta un alto índice de prevalencia. Según las estadísticas en América Latina y el Caribe 2008 del Programa Mundial de Alimentos se ha determinado que el Perú se

encuentra entre los países con más índice de anemia con gravedad severa (cuarto puesto), presentándose esta enfermedad en un 68.8% de niños menores de dos años.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones como la alteración en el desarrollo psicomotor, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. En los dos primeros años de edad, esta consecuencia del déficit de hierro es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de los procesos mentales y motores coincide con el período de la vida en que el déficit de hierro es más frecuente, ahí que los niños menores de tres años tienen una mayor demanda de hierro determinada por la velocidad y magnitud de la síntesis y el crecimiento de un nuevo tejido. La anemia grave puede progresar hasta la insuficiencia cardíaca y la muerte. Dificulta la concentración y perjudica el aprendizaje, sobretodo en escolares, ocasionando un desarrollo intelectual y psicológico deficiente. Actualmente se reconoce que, aún sin anemia, la deficiencia de hierro leve a moderada tiene consecuencias funcionales adversas. Por ello es que la adherencia al tratamiento es importante en la recuperación del niño.

Éste problema de salud pública es altamente factible de ser enfrentado con medidas de promoción, prevención y tratamiento. En el Perú, a través de diversos programas se promueve estrategias de promoción - prevención, brindando alimentación fortificada a la población con extrema pobreza, haciendo entrega de suplemento ferroso, impartiendo educación nutricional y diversificando la dieta.

El diagnóstico, tratamiento y recuperación del menor de edad está a cargo de un equipo multidisciplinario. Enfermería a través del componente de CRED detecta los casos sospechosos de anemia a través de los signos propios de esta enfermedad. La confirmación del caso se realiza a través del tamizaje de anemia. El Médico indica la dosis de sulfato ferroso, Enfermería es la encargada de supervisar el tratamiento y estar atenta ante una interrupción de este, haciendo efectiva su función educacional al brindar consejería a los padres de familia sobre una nutrición rica en hierro y la importancia de ella, para que junto al suplemento ferroso, el niño pueda terminar un tratamiento adecuadamente.

La adherencia es importante para lograr la recuperación y en consecuencia limitar el daño, es por ello, se hace necesario precisar aquellos factores que son los que más contribuyen y los que limitan la

adherencia. De modo tal que sea revertida en aquellos que no son adherentes.

Al delimitar los factores contribuyentes a la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica, el equipo multidisciplinario podrá aumentar el número de niños recuperados al intervenir en cada factor según sea el resultado obtenido. En los factores socioculturales, la Enfermera podrá desarrollar su función educacional al brindar consejería sobre los hábitos adecuados que debe tener la madre o cuidadora en cuanto a la alimentación y la correcta toma de sulfato ferroso, así como aclarar lo cierto en las creencias y costumbres alimenticias que han adoptado a través de un proceso de transculturalización. En cuanto a los factores de prestación de servicios, el equipo multidisciplinario de salud podrá efectuar un análisis del trabajo que viene realizando en cuanto al trato brindado hacia el paciente, la enfermera podrá evaluar la atención integral ofrecida al menor de edad y el nivel de motivación de su consejería a la madre o cuidadora.

Es muy claro que la no adherencia por parte del paciente genera un sin número de complicaciones, y a la vez resulta necesario analizar qué factores influyen en la no adherencia, con el fin de diseñar estrategias que contribuyan a modificar dichos factores influyentes.

D. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la adherencia y los factores asociados a la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”.
- Determinar los factores asociados para la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica.

E. PROPÓSITO

El propósito de ésta investigación es establecer estrategias para favorecer que todos los niños terminen el tratamiento de anemia, lo que a su vez permitirá la disminución de prevalencia de casos de anemia a un mediano o largo plazo.

Enfermería podría contribuir con la disminución de esta enfermedad, diseñando un programa que permita llevar el tratamiento de anemia ferropénica de una forma ordenada, eficiente y eficaz, enfatizando en los puntos que desfavorecen la adherencia al tratamiento de anemia.

En la función administrativa se podrán elaborar registros que permitan llevar un seguimiento ordenado del tratamiento del menor tanto para la atención dentro del Centro de Salud como al realizar las visitas domiciliarias. Se trabajará ejerciendo su función asistencial al brindar una consejería integral sobre la anemia, brindando conocimientos y comprometiendo a la madre a no interrumpir el tratamiento, llevando los controles de los niños tanto en el Centro de Salud a través del programa de Crecimiento y Desarrollo, además de realizar visitas domiciliarias.

F. MARCO TEÓRICO

F.1.- ANTECEDENTES

Se hizo una búsqueda intensa de investigaciones relacionadas con el problema de investigación, encontrándose antecedentes realizados a nivel Latinoamericano.

En Bolivia en el año 2005 en 3 Centros de Salud dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de La Paz: Centro Materno Infantil Bellavista, Villa Nuevo Potosí y el Centro de Salud Chasquipampa, URQUIDI Cinthya y colaboradores realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado”; el objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia. El tipo de estudio realizado fue un ensayo clínico aleatorio controlado, para lo cual los niños fueron asignados aleatoriamente a dos grupos; al grupo fumarato ferroso (experimental) y sulfato ferroso (control), participando 144 niños entre las edades de 6 a 24 meses. Se realizó monitoreo a través del examen de hemoglobina y un cuestionario a los padres para evaluar la aceptación del tratamiento. Los resultados obtenidos en el grupo control fue que “escupieron el suplemento”, los niños mantenían la boca cerrada, lloraban y hacían gestos de desaprobación, el efecto adverso que más presentaron fue estreñimiento, pareciéndole a las madres un tratamiento difícil de dar. En el grupo experimental, como reacción adversa se presentaron deposiciones líquidas, pero la administración fue más fácil debido a que el hierro estaba encapsulado y el sabor metálico que normalmente tiene no se sentía.

La investigación nos muestra la adherencia para dos tipos de tratamiento, el del sulfato ferroso y el fumarato ferroso, enfocando en la adherencia al tratamiento, sólo el punto de vista del sabor y la reacción adversa que causa, sin estudiar otros factores contribuyentes en la adherencia como es la información requerida sobre el tratamiento del menor, entre otros.

En Cali, Colombia en el año 2009 RUIZ Ana y colaboradores realizaron una investigación titulada “Adherencia al tratamiento en niñas y niños con VIH”, el objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento. El tipo de estudio realizado es no experimental con un diseño transversal descriptivo, llevándose a cabo una investigación basada en paradigmas cuantitativos para determinar el nivel de adherencia, siendo medido por una herramienta de tipo cualitativo: entrevista semiestructurada para niños y el cuidador. La primera conformada por 36 ítems, distribuidos en tres categorías: datos sociodemográficos, comportamiento de adherencia y variables asociadas a la adherencia. La segunda se dividió en 10 categorías: adherencia a las recomendaciones farmacológicas, adherencia a la realización de exámenes de control, aspectos emocionales del niño, autocuidado, relación y aspectos del cuidador, apoyo de otros familiares, aspectos del niño, tratamiento antirretroviral,

recomendaciones médicas y relación del profesional con el niño o cuidador. La muestra estuvo conformada por 1 niño y 5 niñas, diagnosticados con VIH, y su respectivo cuidador. Se puede concluir que el acompañamiento del cuidador en los diferentes ámbitos de la vida del niño es importante e influye sobremanera en la adherencia del tratamiento, recomendándose realizar más estudios en el ámbito pediátrico.

Los autores dividen la adherencia a las recomendaciones farmacológicas y a la realización de exámenes de control, evaluando factores importantes como la relación del profesional de la Salud con el niño y cuidador, así como las recomendaciones médicas tratando de enfocar todos los puntos que predisponen a la adherencia al tratamiento. Los autores sugieren la importancia de realizar investigaciones a nivel pediátrico, siendo los cuidadores los responsables del tratamiento de los menores niños.

En España en el año 2008, NOVOA Mónica y colaboradores realizaron una investigación titulada “Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil”, el objetivo fue identificar la relación que existe entre la conducta parental y la adherencia al tratamiento. El tipo de estudio realizado es cuantitativo,

de diseño no experimental de tipo transversal descriptivo correlacional, utilizando un cuestionario sobre conductas parentales y un cuestionario para las actividades de cuidado para pacientes diabéticos. La muestra fue de niños con Diabetes tipo I, entre 8 y 11 años de edad, con un tiempo desde el diagnóstico de entre uno y tres años que reciben tratamiento en la Asociación Colombiana de Diabetes. Se puede concluir que los comportamientos e interacciones existentes entre padres e hijos están altamente correlacionados con el comportamiento de los niños y las prescripciones sobre la diabetes que han recibido, recalando que depende de la información que haya recibido el padre, para que muestre una conducta positiva y se adhiera al tratamiento de su menor hijo.

La investigación divide sus variables en edad, sexo, estrato socioeconómico, establecimiento de reglas, monitoreo, comunicación afectiva y manejo de contingencia, cubriendo los factores que conllevan la adherencia al tratamiento con VIH, priorizando los padres la comunicación, sin priorizar la importancia del monitoreo en el tratamiento de una enfermedad, enfatizando que depende de los padres y de la educación que reciban, el que los niños continúen con su tratamiento.

F.2.- BASE TEÓRICA

I.- EL PROBLEMA DE ANEMIA EN EL NIÑO

La anemia por deficiencia de hierro o también denominada ferropénica, es en la actualidad un problema nutricional de salud pública a nivel mundial, acentuándose notoriamente en los países en vía de desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, aproximadamente un total de 1 800 millones de personas a nivel mundial tienen anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro.

La anemia se extiende por toda la región de América Latina y El Caribe sin diferenciar estrato socio-económico, grupo étnico-cultural o área de residencia. A nivel de Latinoamérica y El Caribe, los países de Haití, Bolivia y Ecuador, representan los primeros lugares con mayor índice de anemia con un 65.3%, 59.0% y 54.9% respectivamente. En el cuarto lugar se encuentra Perú, siendo la población más afectada los niños menores de 5 años (50.4%); dentro de los cuales, el grupo más vulnerable es el de los niños menores de 2 años con un 68.8% de prevalencia de anemia. Según el reporte del Instituto Nacional de Salud

y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición 2009 del Perú, en Lima Metropolitana la incidencia de anemia en niños de 6 a 35 meses es de 32%; en la sierra se observa el mayor número de afectados: sierra rural con 58.1% seguido de la sierra urbana con 44.5%; por último, la región de la selva con 43.9% de casos.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2007, estudia la proporción de niños de 6 a 35 meses de edad con anemia según área de residencia, determinándose que el área urbana presenta el 57% de prevalencia de anemia, siendo superada por el área rural con el 61%.

Al distinguirse los porcentajes de anemia por grupos de edad, es el de los 6 – 11 meses el que presenta la mayor casuística (67.1%); seguido de los niños de 12 – 23 meses con el 53.9%, por último el grupo de 24 – 35 meses con el 24.3% de los casos.

La anemia ferropénica se define como la disminución de la concentración de Hemoglobina en sangre. La mayor parte del hierro del cuerpo se encuentra en la hemoglobina. El hierro es un nutriente esencial que lo requiere cada célula humana. Es importante entender los mecanismos básicos del metabolismo de hierro ya que esto es

fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia.

La anemia es habitual encontrarla en los niños de entre 6 meses y 2 años de edad, sobre todo en niños que no han recibido prevención con hierro ya sea a través de una alimentación complementaria con alimentos fortificados con hierro o con suplementos medicamentosos indicados oportunamente por el pediatra.

Tras el nacimiento, se produce hemólisis y el hierro procedente de la misma, además del hierro a través de la lactancia materna, que aunque pobre 0.78mg/l, es de alta biodisponibilidad va a garantizar el crecimiento hasta los 6 meses¹.

Alrededor de los 6 meses las reservas están exhaustas, si las mismas no son suplementadas en ese tiempo, los niños están expuestos a sufrir un déficit de hierro que derivará en un cuadro denominado anemia ferropénica. La lactancia materna ya no satisface los requerimientos nutricionales del lactante, por lo que se debe introducir alimentos en su dieta, a este proceso se le denomina alimentación complementaria. El lactante necesita una abundante ingestión de hierro en la dieta, debido a que sus requerimientos diarios son sustancialmente superiores, lo que se ve dificultado porque a esta

edad tienen además una necesidad energética mayor y una menor capacidad de ingerir alimentos, ya que durante el primer año de vida el niño triplica su peso y duplica su tamaño corporal.

Por otra parte los requerimientos en este grupo se ven también incrementados por pérdidas crónicas de sangre por las heces producidas por la infestación con algunos parásitos, la utilización de leche de vaca o fórmula como principal alimento y la presencia de episodios diarreicos.

Los principales factores que determinan una adecuada incorporación del hierro al organismo son: la cantidad de hierro total ingerido con la dieta, la proporción de hierro hémico y no hémico de la misma, la presencia de activadores e inhibidores de la absorción de hierro no hémico contenido en el alimento y el estado nutricional de la persona para este elemento ⁽¹⁾. Para una adecuada ingesta y absorción del hierro en el niño, son importantes los conocimientos que tiene la madre sobre nutrición saludable, especialmente sobre los alimentos ricos en hierro, así como de practicar buenos hábitos alimenticios. Cada madre o encargada del menor de edad obedece a costumbres y creencias producto de un proceso de transculturización alimentaria que se transmiten de generación en generación en cada familia. Estos factores causales de la deficiencia de hierro, surgen como conclusión de un estudio realizado en 1988 por un comité de expertos de la

FAO/OMS. En el mismo las dietas del mundo son divididas en tres categorías de acuerdo a la biodisponibilidad del hierro contenido en las mismas en baja, intermedia y alta. En éstas, los porcentajes de absorción de una mezcla de hierro hémico y no hémico es de aproximadamente 5%, 10% y 15% respectivamente, para individuos con ausencia de hierro de reserva, pero con reservas de hierro de transporte normales ⁽²⁾.

Otro aspecto a influir en la dieta de los menores de edad es la oferta del mercado así como el precio de los alimentos, teniéndose que adaptar a ellos el menú diario.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones como la alteración en el desarrollo psicomotor, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora ⁽³⁾. Es importante tener en cuenta que el aumento de la prevalencia de anemia ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, que coincide con el crecimiento del cerebro y con la adquisición de las habilidades cognitivas y motoras del niño. Esto concuerda con que la mayor incorporación de hierro al encéfalo ocurre durante el período de mayor velocidad de crecimiento del sistema nervioso y si dicha incorporación de hierro no ocurre en este estadio temprano del desarrollo, aparentemente resulta difícil restablecer las concentraciones normales de hierro en el encéfalo en el período adulto ⁽⁴⁾.

Se ha observado una alteración en el funcionamiento del sistema inmune celular y humoral durante la deficiencia de este metal, trayendo como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones ⁽⁵⁾. La anemia les produce sueño o cansancio, también se vuelven inapetentes o presentan la piel pálida. Frente a la falta de oxígeno, el corazón bombea la sangre más rápido para poder compensar las necesidades no satisfechas del cuerpo, provocando aceleración en el pulso, y cansancio en el niño ⁽⁶⁾. La anemia grave puede progresar hasta la insuficiencia cardíaca y la muerte ⁽⁷⁾.

En los dos primeros años de edad, esta consecuencia del déficit de hierro es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de los procesos mentales y motores coincide con el período de la vida en que el déficit de hierro es más frecuente, ahí que los niños menores de tres años tienen una mayor demanda de hierro determinada por la velocidad y magnitud de la síntesis y el crecimiento de un nuevo tejido. Dificulta la concentración y perjudica el aprendizaje, sobretodo en escolares, ocasionando un desarrollo intelectual y psicológico deficiente. Tomás Walter Klimunda y Francisca Rivera lo corroboran en su investigación "Efecto de la anemia ferropénica en el lactante sobre el desarrollo psicológico escolar" realizó un estudio a 64 escolares de 10 años, de los cuales 34 habían sufrido anemia ferropénica a la edad

de un año y 30 sin dicho antecedente donde encontraron diferencias significativas, ya que los niños libres de anemia tenían un mejor aprovechamiento escolar (lenguaje escrito y destrezas específicas, rendimiento escolar y comportamiento, menor dependencia del profesor y menor frecuencia de solicitud de ayuda en trabajos escolares. Actualmente se reconoce que, aún sin anemia, la deficiencia de hierro leve a moderada tiene consecuencias funcionales adversas.

El tratamiento para la anemia ferropénica considera dos aspectos: el tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento farmacológico consiste en suplementos de hierro (sulfato ferroso) que se toman por vía oral.

El sulfato ferroso es el mineral necesario para la formación de los glóbulos rojos de la sangre. La dosis preventiva que se administrará a los niños es de 10 mg de hierro por día, teniéndose que tomar 2 o 3 frascos como prevención.

El tratamiento de la deficiencia de hierro consiste en la administración de sulfato ferroso por vía oral de 3 – 6 mg/kg/día de hierro elemental. De preferencia debe ser administrado antes de las comidas, en lo posible a la misma hora, ingiriéndose preferentemente con jugos de frutas, en especial de naranja o agua hervida y no se

debe dar junto a otros medicamentos, este suplemento no sustituye la alimentación con alimentos ricos en hierro que el niño debe consumir. La vitamina C aumenta la absorción, mientras que el calcio interfiere la absorción del hierro, por lo que los suplementos de hierro no deben tomarse con leche. Aunque las preparaciones líquidas de hierro pueden temporalmente teñir los dientes, estas tinciones pueden ser eliminadas mediante cepillado y pueden prevenirse dando el hierro con el gotero o con una pajita.

Los efectos secundarios más frecuentes asociados con las preparaciones a base de hierro son náuseas, vómito, diarrea o estreñimiento, calambres y gastralgia, además las heces toman un color negro ⁽⁸⁾.

La respuesta al tratamiento puede observarse a las 2 semanas, con una elevación discreta de la hemoglobina y desde entonces se observa un incremento entre 0.7 – 1g semanal ⁽⁹⁾. Se realizará un tamizaje después del primer mes de iniciado el tratamiento. Se debe continuar el tratamiento con hierro oral a la misma dosis por dos meses más y luego volver a tomar determinaciones de hemoglobina o hematocrito. Después de 6 meses de un tratamiento exitoso se debe realizar un nuevo control hematológico ⁽¹⁰⁾.

El suplemento de hierro se debe mantener durante dos meses después de corregir la anemia, con el fin de replecionar las reservas de hierro (11).

El tratamiento no farmacológico o dietético consiste en un apoyo nutricional, como es la diversificación de la dieta rica en hierro. El sulfato ferroso no sustituye la alimentación rica en hierro que el niño debe tener. Por lo que las madres deben tener un conocimiento sobre la alimentación rica en hierro.

En general, las carnes rojas, pescados y aves son excelentes fuentes de provisión de hierro. Otras fuentes de hierro son: frijoles, frutas secas, granos enteros, cereales fortificados y panes enriquecidos con hierro. Los suplementos de hierro pueden causar constipación, por lo tanto es conveniente que agregue, a su dieta, alimentos ricos en fibra como frutas, vegetales, granos enteros y beba abundante cantidad de líquidos. El hierro de fuente animal es más fácil de absorber, para el cuerpo, que el de origen vegetal. Incluir alimentos con vitamina C, o suplementos, ayuda al cuerpo a absorber y utilizar mejor, el hierro de origen vegetal. Los alimentos cocinados en cacerolas de hierro son, también, una fuente de hierro. El calcio puede interferir con la absorción del hierro, por lo tanto, para minimizar este efecto, no consuma leche o suplementos de calcio con sus comidas o al mismo

tiempo que consuma el suplemento de hierro. Los taninos también pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble. Se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té, vinos, chocolate, frutos secos, y orégano.

El sulfato ferroso más la dieta rica en hierro permitirán a los menores de edad a tener un desarrollo óptimo en cada área. El tratamiento de la anemia es importante ya que evitará déficits en el desarrollo del niño, Frank Aram Oski ⁽¹²⁾ en su investigación Los efectos del tratamiento en los márgenes de desarrollo de los niños con deficiencia de hierro dio a conocer que la anemia en los niños traía consecuencias graves en el desarrollo del niño. Probó que las alteraciones del desarrollo producidas por la anemia son rápidamente reversibles con la terapia del hierro.

II.- Adherencia

En la literatura, se recoge la definición del término “adherence” dada por *DiMatteo* y *DiNicola* en 1982 como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que

está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona ⁽¹³⁾.

En 1985 Federico G. Puente-Silva refiere “cuando hablamos de adherencia terapéutica, nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas” ⁽¹⁴⁾.

En el 2006 en una entrevista el PROF. D. VERVLOET refiere que se busca la adherencia y no el cumplimiento en el tratamiento. Ya que cumplimiento es un término que refleja una obediencia pasiva, lo que significa que el paciente "acepta" la receta del médico. En cambio, la adherencia terapéutica significa que el paciente colabora con el tratamiento propuesto por el médico, en función de sus preocupaciones. Se trata de un cumplimiento dentro de los términos de un proyecto terapéutico y la motivación del paciente en relación con las recomendaciones médicas. La adherencia terapéutica sólo puede obtenerse cuando el paciente ha aceptado la existencia de la enfermedad y las particularidades los tratamientos propuestos ⁽¹⁵⁾.

La adherencia se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para:

- Asistir a las consultas programadas (consultorio / hospital)
- Tomar los medicamentos como se prescribieron
- Realizar los cambios de estilo de vida recomendados
- Completar los análisis o pruebas solicitadas

Todo esto se relaciona estrechamente con la conducta del personal de salud, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por su paciente y dedique a este proceso el tiempo necesario.

NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se define como “no adherencia” a la falta de cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- Que tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- La percepción de gravedad de la enfermedad
- La credibilidad en la eficacia de la medicación

- Aceptación personal de los cambios recomendados.

Se considera que la “no adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no adherencia a la terapia, requiere de un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente médico - sistema de salud.

La frecuencia de no adherencia al tratamiento puede variar, inclusive a un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con las otras indicaciones. Además el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etcétera.

El hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Los pacientes podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o los cuidadores podrán preservar la calidad de vida de aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exigen para su buena evolución. El tratamiento queda bajo la responsabilidad del paciente o el cuidador, teniendo la

autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo posible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de atención sanitaria.

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional, puesto que está determinado por la acción recíproca de factores. La creencia común de que los pacientes tienen como deber sólo tomar sus medicamentos es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el

comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Los factores se pueden clasificar en tres grupos:

1. Factores relacionados con el cuidador del paciente

Las características demográficas (edad, sexo, raza, estudios, ocupación), así como el nivel cultural y la situación económica estable, no son factores predictores del grado de adherencia de un individuo, pero si son influyentes. Se ha observado que mientras más edad tenga la persona cuidadora, más adherente será al tratamiento.

Disponer de un lugar fijo para vivir y un soporte social con la familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia, ya que el apoyo social protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al cuidador para adaptarse, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento.

Las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo de salud son factores indiscutibles a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de la manera correcta, la percepción de beneficio potencial es fundamental en estos casos. El conocimiento que tenga el paciente sobre la enfermedad y sus consecuencias es primordial. Morisky

informó que con un programa educativo había aumentado la adherencia de 38 a 68%⁽¹⁷⁾.

2. Factores relacionados con el tratamiento

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye con la aparición de efectos adversos, la frecuencia de administración, prolongación del tratamiento.

Al hacerse más largo el tratamiento, los pacientes tienden a cansarse, dejando el tratamiento, atribuyendo que los síntomas por los efectos adversos desaparecen lentamente y en el caso de los niños, las madres creen que la enfermedad empeora y que el medicamento le hace mas daño, lo que trae por consiguiente, el abandono al tratamiento.

3. Factores relacionados con la prestación de servicio de salud

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. Cada día es mayor el número de estudios que demuestran que la confianza, la continuidad, la accesibilidad, la tolerancia y la confidencialidad son factores que los pacientes valoran en su relación con el médico tratante. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza y respeto mutuo⁽¹⁸⁾.

Es necesario utilizar herramientas aplicadas de forma continua y permanente, como la observación y atención al paciente, escuchándolo de manera empática, promoviendo la aceptación de la enfermedad, contribuyendo al aumento del autoestima y proporcionando información útil y específica sobre el manejo de la enfermedad

La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas y tamizajes, dificultad para consecución de citas y demora en la atención.

La lejanía del centro de salud es también un factor que influye en la adherencia al tratamiento, ya que el costo que implica el transporte asociado a la situación económica de cada familia, puede obstaculizar la asistencia a los controles.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- a)** Adherencia: Cumplimiento del tratamiento farmacológico y dietético del niño con diagnóstico de anemia de 6 a 24 meses de edad provisto por la madre que acude al C.S. “Tahuantinsuyo Bajo”

b) Factores: Conjunto de condiciones que influyen positiva y negativamente en la adherencia, guardando relación con el cuidador del paciente, con el tratamiento y la prestación de servicios de salud.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo por cuanto la variable adherencia y factores asociados tendrán una medición.

El nivel es aplicativo pues en base a los datos obtenidos, el establecimiento de salud podrá realizar una adecuación al servicio ofrecido por el subprograma CRED en cuanto al tratamiento de anemia ferropénica, para así plantear estrategias que contribuyan con la recuperación de los niños.

El método utilizado en esta investigación es el descriptivo debido a que se mostrará la información obtenida con total objetividad,

además es de corte transversal pues se realizará en un determinado tiempo.

B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo ubicado en el distrito de Independencia, perteneciente a la Microred de Salud Tahuantinsuyo de la Red Túpac Amaru correspondiente a la Dirección de Salud V - Lima Ciudad.

Es un establecimiento de Salud de primer nivel de atención Categoría I-4 con Internamiento, trabajando las 24 horas del día el servicio de Emergencia y Hospitalización de casos leves. Ofrece para atención diurna los servicios de Medicina General, Odontología, Planificación Familiar, Ginecología, Laboratorio, Nutrición. Enfermería tiene a cargo la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, el programa de Control y Crecimiento de Niño Sano y Adolescente y por último, el taller de Estimulación Temprana.

El ámbito específico de estudio fue el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano, que es un componente del

paquete de atención integral del niño. Esta unidad está a cargo de dos Licenciadas en Enfermería, atendiendo el turno mañana y turno tarde respectivamente de lunes a sábado, con apoyo de un Técnico en Enfermería o una Interna de Enfermería.

El servicio permite que la enfermera desempeñe todas sus funciones profesionales. En la función administrativa la enfermera gestiona, planifica el trabajo en CRED. En la función asistencial la enfermera realiza actividades profesionales como la toma de medidas antropométricas, diagnóstico nutricional, examen físico, estimulación temprana. La enfermera desarrolla su función investigativa al indagar las causas de las diversas enfermedades en el niño. Y por último, desempeña su papel docente o educativo al brindar consejería a la madre a fin de favorecer la salud del menor de edad.

En las funciones relacionadas al problema de anemia, la enfermera participa en el diagnóstico y tratamiento al detectar signos de anemia, por norma da la orden de tamizaje de anemia a todos los niños mayores de 6 meses y aquellos que presenten riesgo nutricional, se da la consejería nutricional sobre el tratamiento dietético, así como las pautas para el tratamiento farmacológico. Participa en la recuperación del niño, al realizar visitas domiciliarias a fin de verificar que el tratamiento está llevándose de manera óptima.

Se tiene una cobertura de atención de 15 niños como promedio por día, de los cuales 2 o 3 tienen el diagnóstico de anemia.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

El marco poblacional lo constituyeron los niños de 6 a 24 meses de edad que asisten bajo el cuidado de su madre al componente CRED en el C.S. "Tahuantinsuyo Bajo". La muestra la constituyeron las madres de niños de 6 a 24 meses de edad que presenten el diagnóstico de anemia. Se apeló al muestreo no probabilístico a conveniencia, ya que se necesitó realizar la mayor cantidad de encuestas para que los resultados sean más objetivos. Las madres fueron captadas cuando demandaron los servicios del componente CRED, habiéndose estimado como meta 50 madres de familia.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños con diagnóstico de anemia de 6 a 24 meses de edad que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano.
- Madres de niños con diagnóstico de anemia que acepten participar en el estudio previa información.

- Madres de niños con diagnóstico de anemia que tienen dominio del idioma español.
- Madres sin antecedentes de otros hijos con diagnóstico de anemia.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres de niños con diagnóstico de anemia que presenten trastornos mentales.
- Madres de niños que presenten otra patología aparte de anemia.

D. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario, el cual fue aplicado de forma personal a cada madre de familia que acuda con su niño al programa de CRED. Este instrumento fue sometido a validez mediante el Juicio de Expertos, que fue conformado por Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de Pediatría, Salud Pública e Investigación. Los puntajes fueron procesados en una Tabla de Concordancia de Jueces Expertos para determinar la validez mediante la Prueba Binomial, en donde si $p > 0.05$ la concordancia es

significativa. La confiabilidad se determinará a través de una prueba piloto utilizando la fórmula estadística Kuder – Richardson.

El cuestionario presentó 3 partes: Introducción, donde se consigna la presentación, el objetivo y la confidencialidad de los datos; la segunda, corresponde a los datos generales y la tercera; el contenido propiamente dicho que consta a su vez de dos partes. El primero es un cuadro donde se mide la adherencia, presentándose 13 ítems. La segunda parte presenta 21 ítems divididos de acuerdo a las 3 dimensiones: los primeros 5 ítems miden los factores relacionados con el cuidador del paciente; del 6 al 11, los factores relacionados con el tratamiento; y por último del 12 – 21, los factores relacionados con la prestación de servicios de salud.

E. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en las instancias respectivas del C.S. Tahuantinsuyo Bajo con fines de conseguir autorización para la realización de la investigación.

Para la recolección de datos, se revisaron las historias clínicas y se hizo una lista de los niños que tenían el diagnóstico de anemia. Se procedió a ubicar a cada madre de familia, se explicó de manera individualizada los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Al aceptar la madre del niño, se procedió a orientar sobre el llenado de la encuesta, que será autoadministrada; sin embargo, se estará atento a las interrogantes que se presenten. La encuesta se realizó en un ambiente adecuado, que está cerca al ambiente de CRED, contando con un promedio de 15 minutos para desarrollarla.

F. PROCESO Y TRATAMIENTO ESTADISTICO DE DATOS

Los datos fueron procesados a través del programa SSPS previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz.

La adherencia fue medida a través de un cuestionario dicotómico conformado por 13 preguntas, en el que se asignó una puntuación de uno a la respuesta correcta y cero a la incorrecta. Las 13 preguntas equivalen el 100%, siendo que se considera adherente a aquel que tenía un cumplimiento igual o superior al 92%.

Los datos de la segunda parte del cuestionario fueron utilizados para delimitar los factores asociados a la adherencia, los que fueron evaluados con preguntas objetivas y preguntas dicotómicas, donde se

asignó una puntuación de uno a la respuesta correcta y cero a la incorrecta. Cada factor fue medido utilizando la prueba de Sturges. Se obtuvo un promedio de cada factor, considerándose adherente al igual o mayor a 0.6.

G. CONSIDERACIONES ETICAS.

La participación en la investigación de las madres que asistan con sus niños a CRED fue de forma voluntaria, aplicando el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información que brinden y dándoles a conocer los objetivos del trabajo de investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

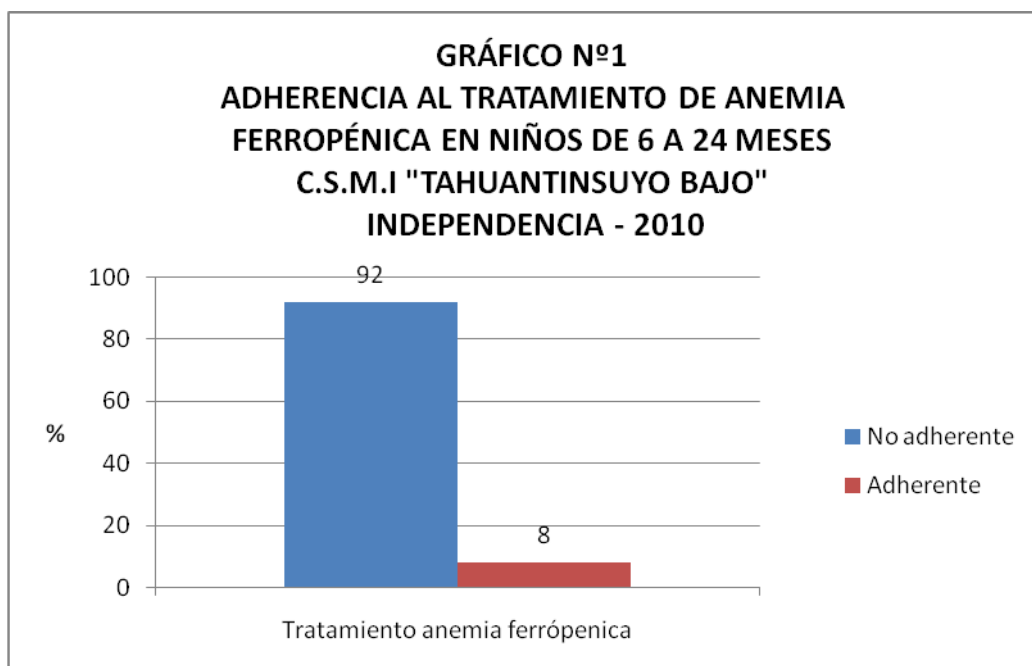
En esta parte del trabajo se exponen los resultados de la información obtenida en las unidades de análisis constituida por 50 madres de niños de 6 a 24 meses con diagnóstico de anemia ferropénica que asisten al sub programa de CRED.

La mayoría de niños con diagnóstico de anemia ferropénica (54%) corresponden a menores de 12 meses, el 46% de 12 a 23 meses; es decir la mayor parte de la población atendida en el subprograma de CRED corresponde a niños menores de 12 meses, resultado que no se aleja de las estadísticas reportadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2007, donde se

señala que en las edades de 6 a 11 meses se presenta la mayor casuística de anemia ferropénica (67.1%).

La mayor parte de las madres de dichos niños tienen edades que oscilan entre 20 – 29 años (68%), seguida de aquellas con edades comprendidas entre 17 – 19 años (22%), siendo una minoría las madres que tienen edades entre 31 - 36 años (10%), notándose que más de la mitad de las madres son adultas jóvenes.

En cuanto al grado de instrucción, el 61,2 % de las madres tienen secundaria completa, el 32,7% tiene estudios técnicos y superiores y el 6,2% no concluyó la secundaria. Respecto al estado civil, el 49% convive, el 24,5% son madres solteras, el 24,5%, casadas y el 2% manifiestan haberse divorciado. Así mismo con respecto a la ocupación de dichas madres, una proporción significativa (67,3%) no trabaja y son amas de casa, y un menor porcentaje (24,5%) refirió tener alguna ocupación o trabajo.

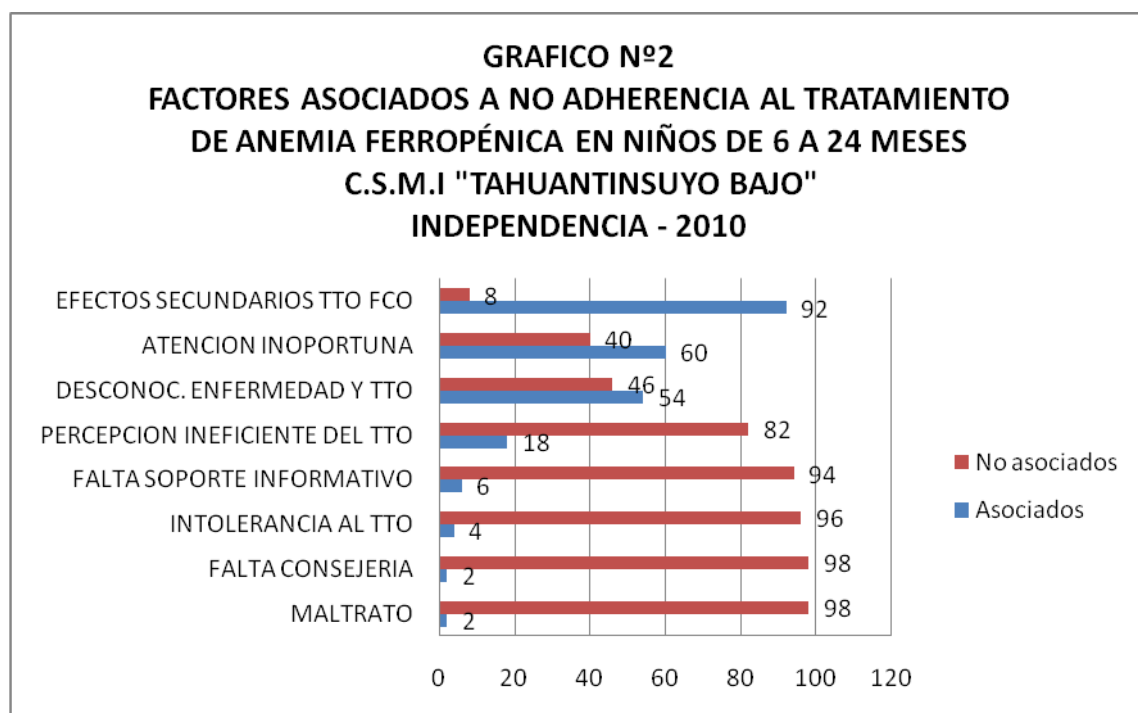


Al respecto se encontró que el 92% de los casos no muestran adherencia al tratamiento, en contraparte sólo el 8% demostró adherencia. Sobre este resultado de no adherencia que implica el incumplimiento de dos regímenes (dietético y farmacológico), se encontró que el 90% no es adherente al tratamiento farmacológico y el 78% no es adherente al tratamiento dietético. (Ver anexo H)

La no adherencia al tratamiento farmacológico que implica el incumplimiento de la administración del sulfato ferroso, fue evidente en el 52% de casos donde las madres de los niños no ofrecen este suplemento una hora antes de los alimentos, el 66% no lo acompaña

de vitamina C y el 40% de las madres manifiesta olvidar administrar el tratamiento por lo menos 4 veces en un mes. (Ver anexo I)

En relación al tratamiento dietético que implica suministrar alimentos ricos en hierro dos veces al día se encontró que el 92% suministra alimentos ricos en hierro sólo una vez al día, mientras que el 54% de madres acompaña la alimentación rica en hierro con aguas de tiempo (manzanilla, té, anís) o leche. (Ver anexo J)



Al respecto se encontró que los efectos secundarios que presentan los niños al recibir sulfato ferroso, la atención inoportuna y el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y el tratamiento, son

los factores que están más asociados a la no adherencia, siendo los efectos secundarios el factor que muestra una mayor asociación en el 92% de los casos, seguido de la atención inoportuna donde la asociación se da en el 60% de los casos, y en tercer lugar el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento mostró asociación en el 54% de los casos.

Con respecto al primer factor (efectos secundarios del tratamiento farmacológico) se observó que todos los niños (adherentes y no adherentes) que recibieron el tratamiento farmacológico presentaron efectos secundarios, trayendo como consecuencia la interrupción del tratamiento por parte de la madre en el 92% de los casos (Ver anexo K). El estreñimiento fue el efecto secundario más observado (68%). (Ver anexo L)

El factor oportunidad de atención presentó asociación en el 60% de la población en estudio. Al analizar este factor se observó que el 64% de las madres no acude con su niño a la consulta de CRED aduciendo que el tiempo de espera en atención es prolongado. (Ver anexo M)

Otro de los factores que mostró asociación con la no adherencia fue el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y el tratamiento (56%). Dentro de este factor se encontró que el 36% de las

madres de niños con diagnóstico de anemia no percibe a ésta enfermedad como grave, además de desconocer los regímenes del tratamiento el 96% de las madres. (Ver anexo N)

B. DISCUSIÓN

En el Perú no se han encontrado estudios que midan la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños, hecho que limita un conocimiento real sobre la proporción de niños que teniendo el diagnóstico de anemia ferropénica no tienen la opción de llevar un tratamiento eficaz.

En la comprensión que la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños implica el cumplimiento de los regímenes tanto farmacológico como dietético, los resultados muestran que casi la totalidad de los casos no son adherentes (92%), es decir, no cumplen los regímenes señalados. Los hallazgos de este estudio apoya lo reportado por Instituto Nacional de Salud (INS) y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) 2009 donde se señala que en el Perú un alto porcentaje de niños con diagnóstico de anemia ferropénica (97,1%) no lleva un tratamiento adecuadamente.

La adherencia farmacológica se cumple cuando el niño con diagnóstico de anemia recibe el sulfato ferroso en la dosis indicada todos los días, en el horario indicado, acompañando el tratamiento con algún líquido con contenido de vitaminas, hecho que se contrapone con los hallazgos donde más de la mitad de las madres no cumple estos dos últimos requisitos mencionados; limitando la capacidad de absorción del hierro. Además, una proporción significativa de madres omite suministrar el sulfato ferroso por lo menos 4 veces al mes, disminuyendo la dosis prescrita, en consecuencia no se garantiza el tratamiento. En cuanto al régimen dietético, el niño con anemia ferropénica requiere una alimentación diaria con rico contenido en hierro dos veces al día, acompañándolas de jugos de frutas; sin embargo más de la mitad de las madres no cumplen con los dos últimos requisitos. Todo esto debido al desconocimiento de la madre sobre el tratamiento de anemia ferropénica, resultado coincidente con el estudio “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007” realizado por Julia Márquez donde se señala que desconocimiento de las madres e influencias de creencias y costumbres erróneas impiden llevar un tratamiento óptimamente.

Los factores que muestran mayor asociación a la no adherencia están vinculados con el tratamiento farmacológico, donde el factor

efectos secundarios es el más implicado. Así también muestran asociación la atención inoportuna y el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y el tratamiento.

En relación al factor efectos secundarios al tratamiento farmacológico se pudo apreciar que todos los niños que recibieron el sulfato ferroso presentaron efectos secundarios (náuseas, coprocolia, vómitos, diarrea o estreñimiento), siendo esto común en las personas a quienes les indican este medicamento. El estreñimiento fue el efecto secundario más mostrado en los niños en estudio, razón por la que las madres interrumpieron el tratamiento. Este resultado es similar al hallado por Cinthya Urquidi en su estudio “Adherencia al tratamiento de la anemia con fumarato ferroso microencapsulado”. La interrupción de la toma de sulfato ferroso prolonga el tiempo de tratamiento, lo que trae por consiguiente, el abandono al tratamiento. Enfermería en su rol educativo al brindar información sobre la enfermedad y el tratamiento de anemia ferropénica debe resaltar a las madres cuáles son los efectos secundarios y que la aparición de ellos es normal. Mónica Novoa en su investigación “Relación entre conducta parental y adherencia al tratamiento en diabetes infantil” enfatiza en que depende de los padres y de la educación que reciban el que los niños continúen su tratamiento.

El segundo factor que muestra asociación es la atención inoportuna (tiempo de espera prolongado). Este hallazgo coincide con el hallado por Sánchez en su tesis “Satisfacción del centro de salud Max Arias Schreiber y factores que contribuyen a su satisfacción” (2003), quien recomienda que el personal de salud debe informar al paciente el tiempo promedio utilizado por control y el turno asignado para calmar la impaciencia de los usuarios y por consiguiente, no afectar la continuidad de atención.

Destaca en los resultados el factor desconocimiento sobre la enfermedad y tratamiento. El desconocimiento de la madre y el hecho que la anemia sea una enfermedad que no muestre de forma precoz sus signos y síntomas, hace que las madres no perciban a la anemia como una enfermedad grave. A lo que se suma el desconocimiento de los medios y formas para suministrar el tratamiento. Morisky en una investigación sobre programas educativos a pacientes informó que la adherencia había aumentado de 38 a 68%, lo cual implica que las intervenciones educativas por parte de los proveedores de salud, orientadas a brindar información acerca de la enfermedad y el tratamiento deben cobrar mayor importancia en nuestro medio, ya que el nivel de conocimientos es susceptible de ser modificado.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Producto del análisis y discusión de los resultados, se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

La no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S “Tahuantinsuyo Bajo”, en la que se hizo evidente el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético.

Los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son:

- Efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el

estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento.

- Atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención.
- Desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento.

B. RECOMENDACIONES

Al término de la investigación se exponen las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere realizar estudios similares en poblaciones pertenecientes a estratos socioeconómicos de nivel medio y alto.
- La Institución de Salud de primer nivel de atención diseñe estrategias (especialmente educativas) para favorecer la adherencia en el tratamiento de anemia ferropénica.

C. LIMITACIONES

Las conclusiones formuladas no pueden ser generalizadas a otras poblaciones no pertenecientes al C.S.M.I. "Tahuantinsuyo Bajo".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro sobre la salud humana. En revista Scielo. Junio 2004 v.54 n.2
- (2) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Necesidades de vitamina A, hierro, folato y vitamina B₁₂. FAO/OMS. Roma. 1991.
- (3) PEREZ H. y RODRIGUEZ Luis del Hospital Universitario de Canaria. Anemia ferropénica en la infancia. 2001; v. 25- nº 2
- (4) Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Op cit
- (5) Archivos Latinoamericanos de Nutrición. El estado nutricional modifica la efectividad de un suplemento dietario de bacterias lácticas sobre la aparición de patologías de vías respiratorias en niños. En revista Scielo Marzo 2002 v.52 n.1
- (6) VALERA Jorge, Niños Sanos, 1º edición, Impresión digital por el autor. Lima Enero 2010. Pág. 24
- (7) NUTRINET [Citado 2 jun 2010] disponible en: <http://nutrinet.org/vm-articles/464?task=view&limit=1&start=1>
- (8) LANE Linda, Farmacología en Enfermería, 2º edición en español. Editorial Harcourt. Pág. 777

- (9) BAIOCCHI Nelly, anemia por deficiencia de hierro. Revista de pediatría 2006 v.59 n.3 Pag 26
- (10) UPCH – Desordenes nutricionales [citado 6 junio] disponible <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%205.htm>
- (11) BARKIN Roger y ROSEN Peter, Urgencias Pediátricas. 1º edición, Editorial Harcourt. Barcelona-España 2000, Pág. 214
- (12) OSKI Frank, The effects of therapy on the developmental scores of iron-deficient infants en revista Pub-med. [citado 11 junio] Disponible en <http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/338872&ei=6tFDTI3XHoTGIQex84igDw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CBcQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3DOski%2BFA,%2BHonig%2BAS.%2BThe%2BEffects%2Bof%2Btherapy%2Bon%2Bthe%2Bdevelopmental%2Bscores%2Bof%2Biron-deficient%2Binfants%26hl%3Des>
- (13) LIBERTAD M. y GRAU J. La investigación en la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. V.14 n.1 Pág 93 [citado 01 de julio] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114110.pdf>
- (14) PUENTE Federico, Adherencia Terapéutica. 1º edición, Editado por el mismo autor. 1985 Pág. 10

- (15) Entrevista al Prof. D. Vervloet, Desde el cumplimiento hasta la adherencia terapéutica. Revista Expressions. Marsella-Francia. Mayo 2006 n.24
- (16) LORA A. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005 Vol VII, suplemento 2. Pág. 97
- (17) CÁCEREES F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso Revista MEDUNAB 2004 v.7 n.21 Pág. 175
- (18) LÓPEZ A, Adherence to the antiretroviral treatment in asymptomatic HIV-infected patientsen Revista PubMed Abril EE.UU. 1998

BIBLIOGRAFÍA

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, Necesidades de vitamina A, hierro, folato y vitamina B₁₂. FAO/OMS. Roma. 1991.

PEREZ H. y RODRIGUEZ LUIS, Anemia ferropénica en la infancia, 2001.

VALERA JORGE, Niños Sanos, Impresión digital por el autor. Lima 2010.

LANE LINDA, Farmacología en Enfermería, 2º Edición Editorial Harcourt. España 2001.

BAIOCCHI NELLY, Anemia por Deficiencia de Hierro, Revista Peruana de Pediatría, 2006.

BARKIN ROGER Y ROSEN PETER, Urgencias Pediátricas, Editorial Harcourt. España 2000.

LIBERTAD M. y GRAU J, La investigación en la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud, Univesidad Veracruzana. México 2004.

PUENTE FEDERICO, Adherencia Terapéutica. 1º Edición, Editado por el mismo autor, 1985.

LORA A. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005

REVISTA EXPRESSIONS Entrevista al Prof. D. Vervloet, Desde el cumplimiento hasta la adherencia terapéutica, Francia, 2006

CÁCEREES F. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso Revista MEDUNAB 2004

LÓPEZ A, Adherence to the antiretroviral treatment in asymptomatic HIV-infected patientsen Revista PubMed Abril EE.UU. 1998

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PAG
A	Operacionalización de variables	iii
B	Instrumento	v
C	Juicio de Expertos: Prueba binomial	viii
D	Prueba de confiabilidad	ix
E	Tabla matriz general	xi
F	Tabla N° 1	xiii
G	Tabla N° 2	xiv
H	Gráfico N° 1	xvi
I	Gráfico N° 2	xvi
J	Gráfico N° 3	xvii
K	Gráfico N° 4	xviii
L	Gráfico N° 5	xix
M	Gráfico N° 6	xx
N	Gráfico N° 7	xxi

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Adherencia al tratamiento de anemia	Adherencia: Contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas señaladas por el personal de salud.	Tratamiento farmacológico Tratamiento dietético	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplimiento del tratamiento farmacológico en: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis - Horario - Forma de administración - Continuidad ✓ Facilidad de administración del tratamiento ✓ Cumplimiento del tratamiento dietético en: <ul style="list-style-type: none"> - Contenido - Frecuencia - Seguimiento ✓ Facilidad de administración del tratamiento 	Adherencia: Cumplimiento del tratamiento farmacológico y dietético de la madre o cuidador de niño con diagnóstico de anemia de 6 a 24 meses de edad que asiste al C.S. "Tahuantinsuyo Bajo"	Adhere nte No adhere nte

Factores asociados al tratamiento de la anemia.	Factores asociados: variable o conjunto de variables que se encuentran relacionadas con o que explican el resultado de otra variable	Factores relacionados al cuidador del paciente Factores relacionados con el tratamiento Factores relacionados con la prestación de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estado civil ✓ Situación socioeconómica ✓ Conocimientos sobre la enfermedad ✓ Efectos secundarios ✓ Eficiencia del tratamiento ✓ Tolerancia al tratamiento ✓ Facilidad de preparación de alimentos ✓ Soporte informativo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Claridad ○ Suficiencia de información ✓ Consejería nutricional <ul style="list-style-type: none"> ○ Claridad ○ Suficiencia de información ○ Aporte al tratamiento ✓ Trato <ul style="list-style-type: none"> ○ Amabilidad ○ Respeto ✓ Oportunidad de atención 	Factores: Circunstancias que influyen en la adherencia o no adherencia del tratamiento de anemia de niños de 6 a 24 meses de edad.	Asociados No asociados
---	--	---	--	--	-------------------------------

7. ¿En esta última semana cuantas veces no le dio a su niño el sulfato ferroso?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
8.- En el último mes ¿cuántos días completos no le dio de tomar el sulfato ferroso?	Días:
9.- ¿Le es difícil dar a su niño el tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Marque Ud. que alimentos suele darle a su hijo en los almuerzos? ✓ Hígado ✓ Bazo ✓ sangrecita de pollo ✓ carnes (res, pollo, pescado) ✓ menestras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Marque Ud. que alimentos suele darle a su hijo en las cenas? ✓ Hígado ✓ Bazo ✓ sangrecita de pollo ✓ carnes (res, pollo, pescado) ✓ menestras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Le está dando alimentos ricos en hierro diariamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Le da manzanilla, té, anís o leche después de sus alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA

Marque con una "X" en los paréntesis según corresponda:

Conocimientos sobre la enfermedad

- ¿Considera usted que la anemia es una enfermedad grave en el niño? Si () No ()
- ¿La anemia se cura sólo con medicamentos que contienen hierro? Sí () No ()
- ¿La anemia se cura con una alimentación rica en hierro? Sí () No ()
- ¿El tratamiento de la anemia es por tiempo prolongado? Si () No ()
- ¿Cuál de los alimentos contiene más hierro?
a) Carnes y menestras b) Frutas c) Leche

Efectos secundarios

- ¿Qué problemas ha presentado el niño durante el tiempo de tratamiento con sulfato ferroso?
Estreñimiento () Diarrea () Náuseas o vómitos ()
Coloración negra en heces () Tinción de los dientes ()

- ¿Interrumpió el tratamiento por este motivo?
Sí () No () A veces ()

Eficiencia del tratamiento

- ¿Considera que su niño está mejorando con el tratamiento? Sí () No ()

Tolerancia al tratamiento

- ¿Su niño toma el sulfato ferroso sin alguna dificultad? Sí () No ()
- ¿Su niño come alimentos ricos en hierro sin alguna dificultad? Sí () No ()
- ¿Le resulta difícil preparar alimentos ricos en hierro todos los días? Sí () No ()

Consejería nutricional

- ¿Le dieron información sobre la enfermedad de su niño? Sí () No ()
- ¿Le dieron información sobre el tratamiento de anemia de su niño? Sí () No ()
- ¿Le hablaron sobre los alimentos ricos en hierro? Sí () No ()

Soporte informativo

15. ¿La información dada fue fácil de entender? Sí () No ()
16. ¿Respondieron a todas sus dudas? Sí () No ()
17. ¿Considera Ud. que la información dada ayudará a su niño con el tratamiento? Sí () No ()

Trato

18. ¿Le dieron un buen trato? Sí () No ()
19. ¿Considera Ud. que le faltaron el respeto en algún momento? Sí () No ()

Oportunidad de atención

20. ¿Usted falta a los controles de su niño porque su casa está lejos de la posta? Sí () No ()
21. ¿Considera Ud. que se demoran mucho en atenderla? Sí () No ()

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO C

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUECES EXPERTOS									p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.02
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.02
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.02
5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.02
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.02

Se ha considerado:

1 : si la respuesta es afirmativa

0 : si la respuesta es negativa

p : Valor binomial

Si $p < 0,05$ el grado de concordancia es **significativo** de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

Según lo aplicado los resultados son menores de 0,05 por lo tanto el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**.

ANEXO D
PRUEBA ESTADISTICA
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
CUESTIONARIO ADHERENCIA

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la Prueba Estadística Kuder Richarson.

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum PiQi}{S_T^2} \right)$$

Donde: el coeficiente Kuder-Richarson > 0.5 para que sea confiable

k : N° de preguntas o items.

ST² : Varianza de la prueba.

Σpq : Sumatoria de varianza de cada Item

Remplazando valores donde K=12 y $\sum (PiQi) = 1.64$, $St^2 = 46.3$

$$KR20 = \frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{1.64}{46.3} \right) = \frac{15}{14} (1 - 0,04) = 1.08(0,96) = 0,99$$

Se obtiene Kuder –Richarson = 0.99

Por lo tanto el instrumento es **confiable**

CUESTIONARIO FACTORES ASOCIADOS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la Prueba Estadística Kuder Richarson.

$$KR20 = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum P_i Q_i}{S_T^2} \right)$$

Donde: el coeficiente Kuder-Richarson > 0.5 para que sea confiable

k : N° de preguntas o items.

ST²: Varianza de la prueba.

Σpq : Sumatoria de varianza de cada Item

Reemplazando valores donde K=21 y $\sum (P_i Q_i) = 2.47$, $S_T^2 = 30$

$$KR20 = \frac{21}{21-1} \left(1 - \frac{2.47}{30} \right) = \frac{21}{20} (1 - 0,08) = 1.05(0,92) = 0,96$$

Se obtiene Kuder –Richarson = 0.96

Por lo tanto el instrumento es **confiable**

Pgts	ADHERENCIA													total	FACTORES ASOCIADOS																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	1F	2F	3F	4F	5F	6F	7F	8F	
1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	54	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	0,7	1,0	0,7	1	1	0,0	
2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	77	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0		
3	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	54	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0,4	0,5	0,3	1,0	0,7	1	1	0,0	
4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0
5	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	62	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
6	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0			
7	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	69	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0,4	1	1,0	1,0	0,0	0,3	0,5	0,0	
8	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	77	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0		
9	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	62	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	0,3	1,0	1,0	0,7	1	0,0		
10	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	46	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0,2	0,5	0,7	1,0	0,7	1	1	0,0		
11	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	62	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,2	0,5	0,3	1,0	1,0	1	1	0,0		
12	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	69	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0,2	0,5	0,3	1,0	0,7	0,7	1	0,0		
13	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	62	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,4	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0		
14	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	77	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
15	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	62	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
16	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	77	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
17	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	69	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
18	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	69	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	0,7	1,0	0,7	1	1	0,0		
19	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	62	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0,8	0,5	0,7	1,0	0,7	1	1	0,0			
20	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	62	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	0,3	1,0	1,0	1	1	0,0		
21	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	69	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0				
22	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	85	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0			
23	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	69	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0				
24	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	85	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0			
25	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	69	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	0,3	1,0	1,0	1	1	0,0		
26	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	46	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0				
27	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	62	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	0,3	1,0	1,0	1	1	0,0			

28	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	46	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	0,7	0,0	1,0	1	1	0,0
29	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	54	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0
30	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	54	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	0,7	0,0	1,0	1	1	0,0	
31	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	92	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,4	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0	
32	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	69	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,6	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0	
33	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	92	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0	
34	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	85	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0	
35	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	69	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0	
36	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	54	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	0,0	1,0	1,0	1	1	0,0	
37	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	62	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,4	0,5	0,3	1,0	1,0	1	1	0,0	
38	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	69	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,8	1	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0			
39	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	69	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
40	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	69	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,6	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0			
41	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	77	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0,8	0,5	0,7	1,0	1,0	1	1	0,0			
42	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	62	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	1,0	1,0	0,7	1	1	0,0		
43	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	62	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,2	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
44	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	69	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
45	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	69	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
46	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	77	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0			
47	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	46	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,4	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0	
48	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	77	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
49	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	62	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,8	0,5	1,0	1,0	1,0	1	1	0,0		
50	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	92	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,6	0,5	0,7	1,0	0,7	1	1	0,0		

ANEXO F

TABLA N°1

EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE
ANEMIA C.S.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO
INDEPENDENCIA
2010

EDAD	Nº	%
17 – 19	11	22
20 – 30	34	68
31 – 36	5	10
TOTAL	50	100

ANEXO G

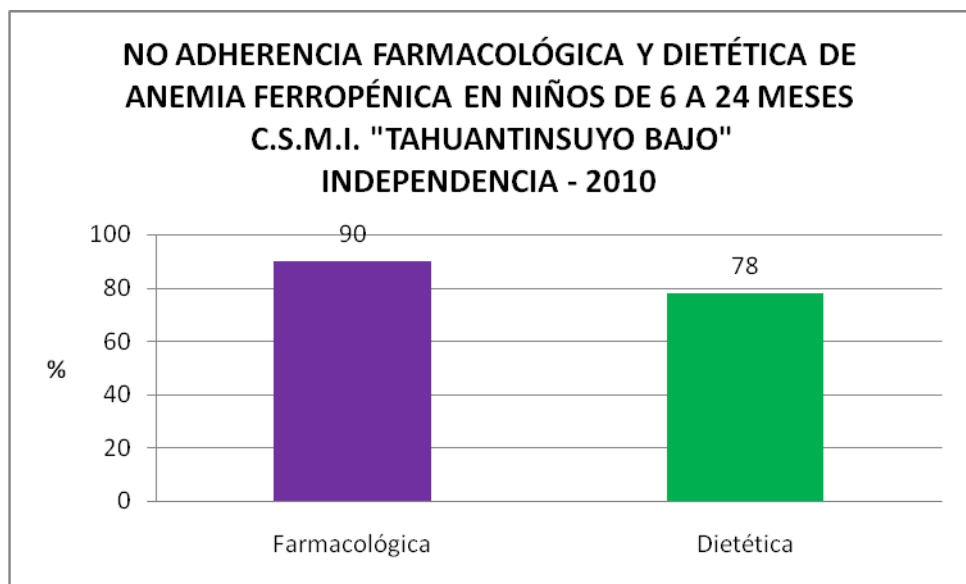
TABLA N° 2

EDAD DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA
FERROPENICA C.S.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO
INDEPENDENCIA
2010

EDAD EN MESES	Nº	%
7 – 11	27	54
12 – 23	23	46
TOTAL	50	100

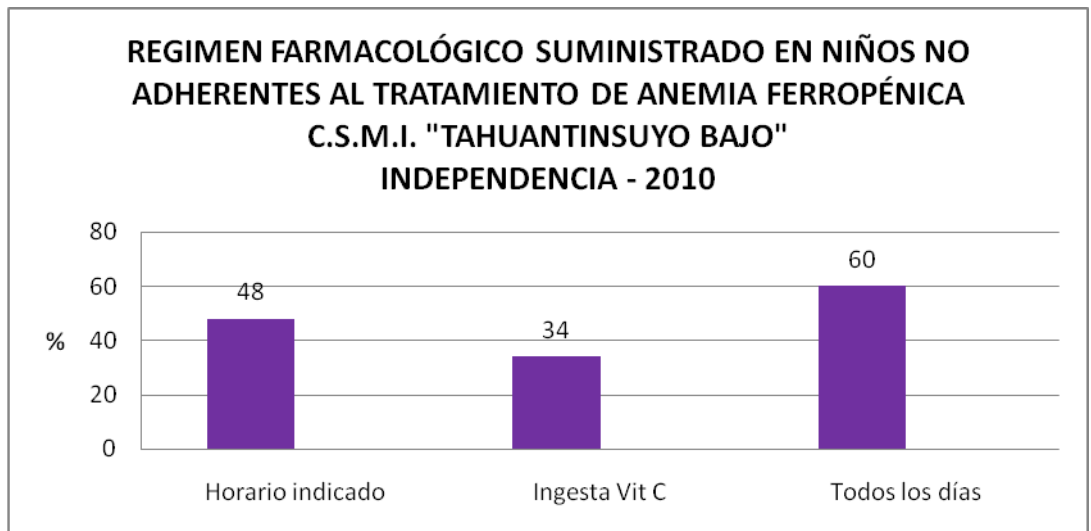
ANEXO H

GRAFICO N° 1



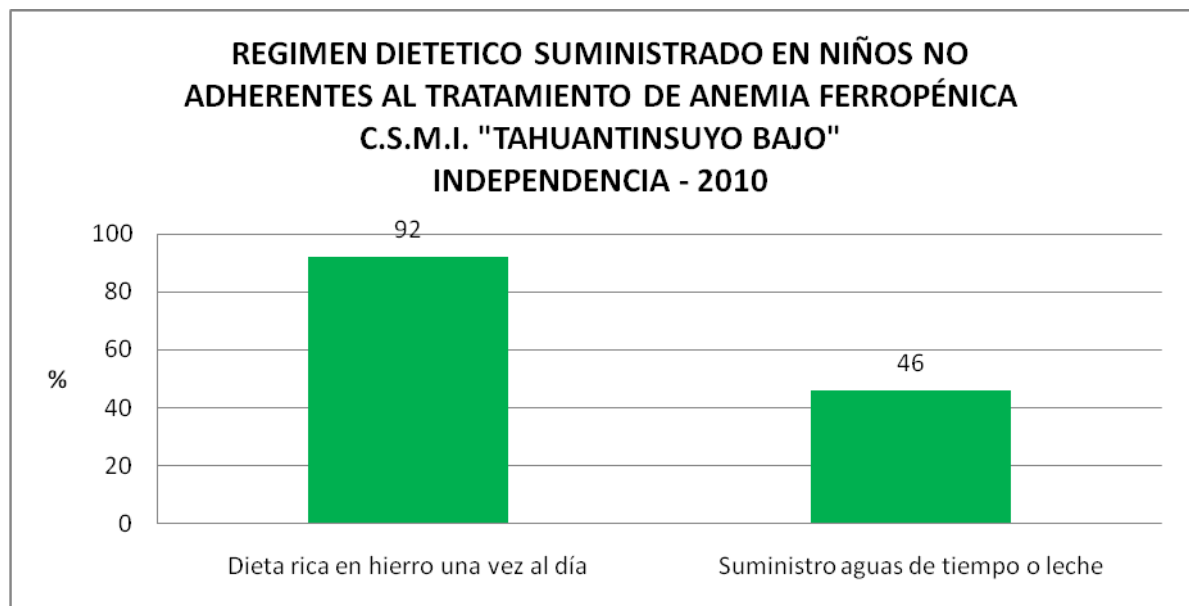
ANEXO I

GRAFICO Nº 2



ANEXO J

GRAFICO N° 3



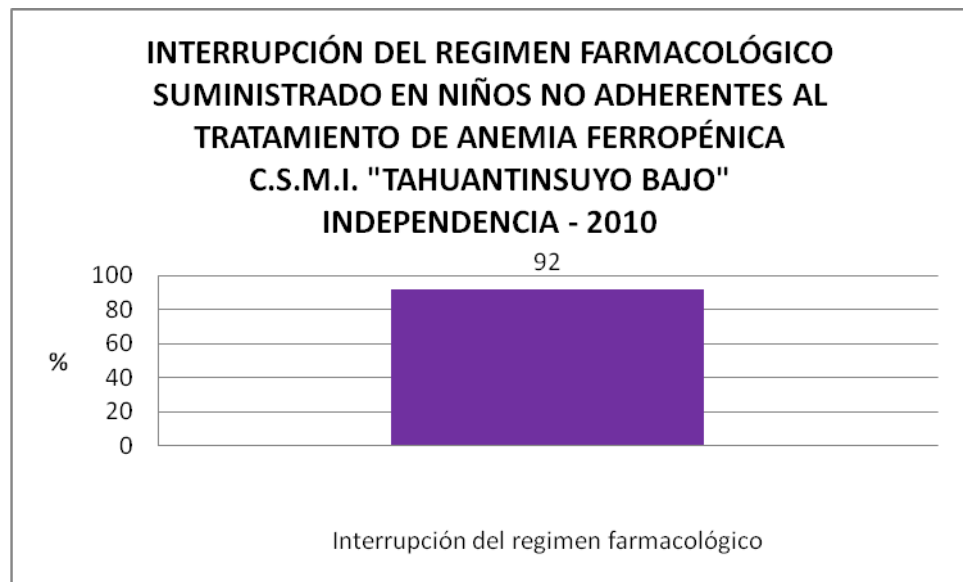
ANEXO K

GRAFICO Nº 4



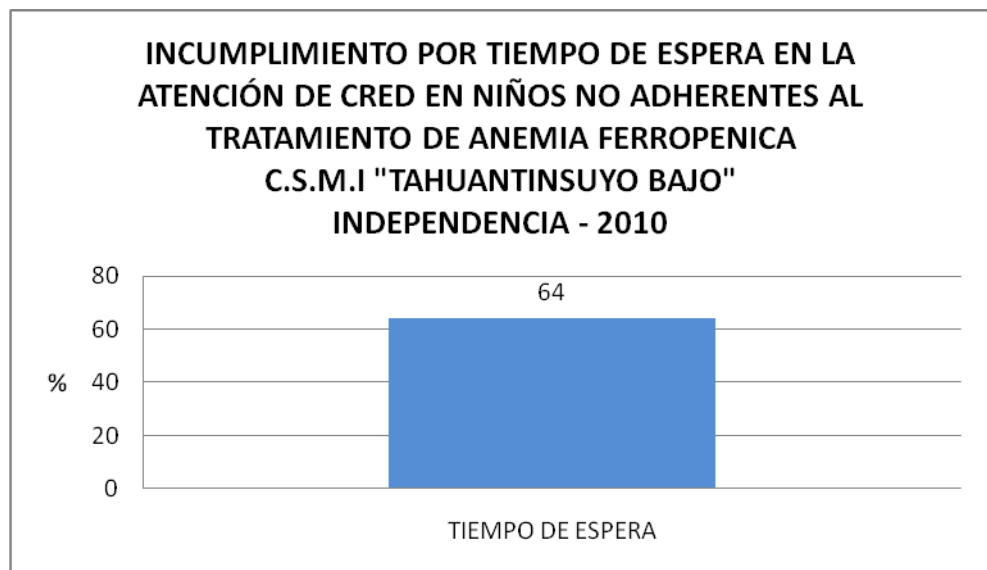
ANEXO L

GRAFICO Nº 5



ANEXO M

GRAFICO N° 6



ANEXO N

GRAFICO N° 7

