



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA  
FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ  
VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**BACHILLER:**

**DÍAZ DELGADO, DANY MERCEDES**

**ASESORA:**

**DRA. GALLO GALLO, MARÍA DEL SOCORRO**

**PIMENTEL- PERÚ**

**2018**

**“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA  
FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE  
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ  
VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017”**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS**, Todopoderoso que con su infinita misericordia, me ha dado sabiduría, y por ser el camino que me guía para poder lograr mis metas y hacer realidad el logro de mis objetivos.

**A MIS PADRES**, Victoriano y Maruja quienes me enseñaron el honor, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día más y que con su ejemplo y sacrificio han hecho lo que ahora soy.

**A MIS HERMANOS**, quienes han estado en todo momento brindándome su apoyo durante mi formación profesional.

**DOCENTES, ENFERMERAS Y COMPAÑEROS**: quienes con su apoyo han contribuido a mi formación como profesional y como persona, por lo que vivirán en mi mente y en mi corazón por siempre.

**Dany Mercedes.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento infinito:

*A Dios por ser la luz y guía de mi camino y permitirme desarrollar este trabajo satisfactoriamente. A mis padres, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por su maravilloso ejemplo de sacrificio y responsabilidad, bases fundamentales para mi desarrollo personal y profesional.*

*A nuestra Casa Superior de Estudios, Universidad Alas Peruanas – Filial Chiclayo, Alma Máter, de nuestra formación y a la Mg. Adriana Wong Chung por su asesoramiento valioso, orientación, enseñanza en todo momento del desarrollo del presente estudio.*

*A la jefatura y al servicio de Enfermería del C.S Manuel Sánchez Villegas - La Victoria Sector I especialmente la Lic. Ysabel Juárez Quiroz, por su apoyo y colaboración brindada durante la realización de este trabajo de investigación.*

*La Autora.*

## RESUMEN

El objetivo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017. Material y Método. Tuvo un enfoque cuantitativo descriptivo, el diseño fue no experimental transversal, la población y muestra, estuvo conformada por el total de la población, es decir 50 niños menores de 3 años. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados: Los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud el 96% (48) es adherente y el 4% (2) es no adherente. El factor relacionado con el cuidador del paciente, el 92% (46) es adherente y el 8% (4) es no adherente y en los factores relacionados con el tratamiento el 90% (45) es adherente y el 10% (5) es no adherente. Conclusiones. El nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de tres años es alto con un puntaje mayor de 50, expresados en la mayoría de los factores. Los factores que afectan la adherencia son los relacionados con el cuidador del paciente, no son adherentes al conocimiento sobre la enfermedad, no conocen que es la anemia ferropénica, no saben identificar los síntomas y las causas de la anemia ferropénica. Seguido de los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud, donde las madres manifestaron que el personal de salud no ha visitado su casa para verificar si su niño está cumpliendo con el tratamiento. Mientras que los factores relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, son adherentes porque los niños recibieron suplementos de hierro, consumen alimentos de origen animal como el hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otros, reciben una alimentación espesa y consistente, acompañan la alimentación de sus niños con jugo de frutas, limonada y agua; los niños toman el medicamento de la anemia todos los días; las madres le dan con frecuencia alimentos como lentejas, frejoles, arvejas, habas a sus niños y no han presentado problemas durante el tratamiento.

Palabras clave: adherencia, anemia, patología, responsabilidad, tratamiento.

## ABSTRACT

The objective was to determine the level of adherence to the treatment of iron deficiency anemia in children under 3 years of age who attend the Manuel Sánchez Villegas Health Center - La Victoria Sector I, Chiclayo 2017. Material and Method. It had a descriptive quantitative approach, the design was non-experimental transversal, the population and sample, was composed of the total population, ie 50 children under 3 years. The technique was the survey and the instrument the questionnaire. Results: The factors related to the provision of health services 96% (48) is adherent and 4% (2) is non-adherent. The factor related to the caregiver of the patient, 92% (46) is adherent and 8% (4) is non-adherent and in the factors related to the treatment 90% (45) is adherent and 10% (5) It is non-adherent. Conclusions The level of adherence to the treatment of iron deficiency anemia in children under three years of age is high with a score higher than 50, expressed in most of the factors. The factors that affect adherence are those related to the patient's caregiver, they are not adherent to the knowledge about the disease, they do not know what iron-deficiency anemia is, they do not know how to identify the symptoms and causes of iron deficiency anemia. Followed by the factors related to the provision of health services, where mothers stated that health personnel have not visited their home to verify if their child is complying with the treatment. While the factors related to pharmacological and non-pharmacological treatment, are adherent because children received iron supplements, consume foods of animal origin such as liver, blood, heart, red meat, fish and others, they receive a thick and consistent diet, accompany the feeding of their children with fruit juice, lemonade and water; children take the medicine of anemia every day; mothers often give them foods such as lentils, beans, peas, beans to their children and they have not presented problems during the treatment.

Key words: adherence, anemia, pathology, responsibility, treatment.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b> .....	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>vi</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos del estudio.....	6
1.4. Justificación del estudio .....	6
1.5. Limitaciones del estudio.....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
2.2. Base teórica.....	14
Anemia Infantil.....	14
Adherencia al tratamiento .....	25
2.3. Definición de términos.....	29
2.4. Hipótesis .....	30
2.5. Variables.....	30
2.5.1. Variable independiente: adherencia al tratamiento.....	30
2.5.2. Variable dependiente: anemia ferropénica.....	31
2.5.3. Operacionalización de la variable.....	32
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>35</b>
3.1. Tipo y nivel de la investigación.....	35
3.2. Descripción del ámbito de estudio.....	36
3.3. Población y muestra.....	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	37
3.5. Criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos.....	37
3.6. Plan de recolección procedimiento de datos .....	38
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b> .....	<b>52</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>60</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	68
ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	69
ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
TABLA Y GRAFICO N°3	
Factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.	43
TABLA Y GRAFICO N°4	
Factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.	45
TABLA Y GRAFICO N°5	
Factores relacionados con el tratamiento según ítems que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.	47
TABLA Y GRAFICO N°6	
Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.	49

## INTRODUCCIÓN

La anemia es un problema generalizado de salud pública, asociado con un riesgo de morbilidad y mortalidad, especialmente en los niños menores de 3 años y mujeres embarazadas. Uno de los factores subyacentes que contribuyen al problema con más frecuencia es la deficiencia de hierro, siendo una de las principales causas el desequilibrio por la baja ingesta de hierro en la dieta, desconocimiento de su disponibilidad, mala absorción o utilización del hierro e incumplimiento de las indicaciones recomendadas. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Fundación para Niños de las Naciones Unidas muestra su preocupación por las principales causas de las altas tasas de morbimortalidad infantil. 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.

En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, y resulta mucho menor en los países en desarrollo. <sup>(30)</sup> La adherencia es un fenómeno complejo y multifactorial, la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento es altamente prevalente, lo que deteriora la relación profesional-paciente, contribuye a empeorar las enfermedades, aumenta la morbimortalidad. <sup>(29)</sup>

Frente a la problemática nutricional de los niños, en la presente investigación se planteó determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas en el distrito de La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.

La investigación consta de 5 capítulos que se detallan a continuación:

**CAPÍTULO I:** Describe el problema de investigación, el cual contiene el planteamiento del problema comparándola con realidades a nivel mundial, nacional, regional, formulación del problema, los objetivos, justificación y limitaciones de la investigación.

CAPÍTULO II: Contiene el marco teórico, donde se detallan los antecedentes del estudio a nivel internacionales, nacionales y locales relacionados con el tema a investigar, bases teóricas, planteamiento de las hipótesis y además se describen las variables de estudio.

CAPÍTULO III: Se presenta la metodología que contiene el tipo de estudio y diseño de la investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el plan de recolección y procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV: Se presentan los resultados de la investigación en tablas y gráficos respectivamente.

CAPÍTULO V: Se presenta la discusión y análisis de los resultados, además de las conclusiones y recomendaciones. Y por último las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La anemia ferropénica continúa siendo un problema de salud en la actualidad, por sus altas tasas de prevalencia a nivel nacional y mundial, la anemia es una enfermedad que afecta a los niños entre 6 a 24 meses de edad disminuyendo la capacidad en el rendimiento físico y mental, ocasionando consecuencias negativas para el desarrollo normal del niño/as como: falta de interés por aprender, apatía, falta de concentración en clase, somnolencia, etc.

A nivel internacional se calcula en todo el mundo a 1620 millones de personas sufren de anemia ferropénica y supone una importante amenaza a la salud pública. La máxima prevalencia se da en los niños entre 6 a 24 meses de edad, en un (47,4%), encontrándose las tasas más altas en África (52%) y en el Sudoeste Asiático (63%), mientras que en América Latina la prevalencia es del (30%) porcentajes que tienden en los niños a disminuir sus posibilidades de crecer, desarrollarse y aprender.<sup>(2)</sup>

La situación de anemia a nivel de latino América y el Caribe como Haití registran porcentajes más altos (65.8%), encontrándose el Perú en tercer lugar con un (50.4%) de anemia en niñas y niños menores de 5 años. De los países de América del Sur, Chile es el que ocupa el último lugar con un (1.5%) de anemia. La clasificación de anemia en los países de América latina y el Caribe según gravedad como problema de Salud Pública ubica al Perú con una prevalencia severa mayor al (40%) por lo que se considera como problema de Salud Pública en el país. <sup>(3)</sup>

Sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos la prevalencia según grupo etareo, así, tenemos que afectar al (75,2 %) de niños y niñas de 6 a 8 meses y alcanza al (72%) en niños y niñas de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60.3%), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes son menores, la prevalencia se da en las zonas rurales que en la urbana; encontrándose regiones donde las brechas son mayores.<sup>(4)</sup>

A nivel nacional, uno de cada dos niños menores de 3 años tiene anemia (46,6 %), siendo esta mayor en el área rural (53,3%) que en el área urbana (42,9%). En el 2012, durante el primer semestre, la prevalencia de la anemia en los menores de tres años disminuyó en 3,8 puntos porcentuales a nivel nacional (de 50,4 % a 46,6%), la misma que fue de 3,9 puntos porcentuales en el área urbana y 3,4 puntos porcentuales en el área rural.<sup>(4)</sup>

La prevalencia de la anemia es mayor en la sierra de Perú (54,9%) y en la selva (50,9%), que contrastan con la costa (38,9%); mientras que en la sierra y la selva la anemia afecta a cerca de seis y cinco de cada diez niños respectivamente; en la costa solo afecta a cuatro de ellos, cerca de dos y alrededor de un niño menos que en la sierra y la selva. Según ENDES 2012 el nivel promedio de la prevalencia bajó en la región de la costa (de 43,4 a 38,9 %) y en la sierra (de 59,8% a 54,9%); y subió en algo más de tres puntos porcentuales en la región de la selva (de 47,6 % a 50,9%). <sup>(5)</sup>

En la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses, con Resolución Ministerial 055-2016/MINSA, se fundamenta que la deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y la población más vulnerable son las niñas y niños menores de 36 meses. La suplementación con multimicronutrientes para prevenir la anemia es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y según recomendaciones de la OMS, debe ser implementada en países con niveles de prevalencia de anemia en menores de 3 años, que superen el (20%).<sup>(6)</sup>

En el Perú la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la Universalización de la Suplementación con Multimicronutrientes para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia.<sup>(6)</sup>

A nivel local según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el (94,4%) de niñas y niños menores de tres años de edad, recibió alimentos ricos en micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc, las menores proporciones fueron en niñas y niños entre seis y ocho meses de edad (74,2%) y de madres sin educación (81,5%). Por área de residencia fue mayor en la urbana (95,7%) que en el área rural (91,1%), por departamento, destacaron Lambayeque (98,0%), Tumbes (97,8%), Arequipa (97,1%) y Apurímac (96,7%), con los mayores porcentajes de niñas y niños menores

de tres años de edad que consumieron alimentos ricos en vitamina A. Según área de residencia la anemia fue mayor en el área rural (39,7%) y por departamento, Puno presentó la más alta proporción (61,8%), seguido de Pasco (45,9%), Madre de Dios (44,3%) y Loreto (44,0%). Los menores porcentajes se presentaron en Lambayeque (23,7%) y La Libertad (24,7%).<sup>(7)</sup>

La anemia por deficiencia de hierro está relacionada a alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si la anemia se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años. En este periodo el daño puede ser irreversible. La corrección de la anemia en edades posteriores no conduce a mejor rendimiento intelectual, por lo que se debe enfatizar la prevención de anemia en edades tempranas de la 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 en los menores de tres años o no llevar el tratamiento adecuado por desconocimiento o falta de interés de los padres.

En el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, los niños que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo no están ajenos a la realidad, según datos estadísticos registrados en el año 2016, el (36.8%) de los niños menores de 5 años atendidos, son diagnosticados con anemia ferropénica. La enfermera realiza en el consultorio de CRED un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a los niños menores de 5 años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, 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 realiza un tamizaje de anemia. Al confirmarse el caso de anemia, previa confirmación del diagnóstico médico, la Enfermera explica lo concerniente a la enfermedad, la importancia del

tratamiento, brinda consejería sobre la alimentación rica en hierro, y sobre adecuados hábitos alimenticios.

Iniciado el tratamiento, supervisa que se cumpla el tratamiento del menor de 3 años, realiza el tamizaje de la anemia, hasta que su hemoglobina se encuentre dentro de los parámetros considerados normales. La enfermera evalúa a los niños en todas las citas de control de crecimiento y desarrollo, evalúa el cumplimiento de todas las recomendaciones indicadas determinando si existe adherencia o no al tratamiento de la anemia.

En este contexto, surge la imperante necesidad de evaluar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017?

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017?



### **1.3. Objetivos del estudio**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.

### **1.4. Justificación del estudio**

Dada la alta incidencia de la anemia en nuestro país, que afecta sobre todo a niños menores de 3 años; el cual trae como consecuencia efectos adversos irreversibles en el desarrollo, disminuyendo el desarrollo motor y la actividad física en el niño, que puede dejar secuela funcional caracterizada principalmente por un menor rendimiento escolar en comparación a niños que no han sido anémicos. La enfermera que trabaja en el primer nivel de atención en las actividades de promoción y prevención debe enfatizar el rol educativo a través de la consejería integral, identificando factores de riesgo, realizando visitas domiciliarias de seguimiento y desarrollando programas de educación para la salud que

promuevan la adopción de conductas saludables en la prevención y control de la anemia infantil.

La investigación permitió realizar una valoración adecuada de los factores vinculados con la adherencia al tratamiento de la anemia, siendo importante para el personal de enfermería, encargado de la evaluación del control del crecimiento y desarrollo del niño, evaluar si el tratamiento preventivo o recuperativo de la anemia que está realizando en su población infantil está siendo efectivo. Este estudio contribuye a la ciencia ya que se genera información útil para intervenciones sanitarias específicas basada en evidencias identificadas, también interesa a los padres de familia y al personal a cargo del paciente mejorando los diferentes factores que influyen en el tratamiento, de esta manera se disminuirá la vulnerabilidad de la población infantil con anemia, los principales beneficiados son los niños porque mejoran la vida y su desarrollo en el futuro.

Por otra parte el estudio es importante desde el punto de vista social, por el impacto en la sociedad, en el aspecto de salud, se podrá reducir los índices de anemia en niños actuando antes de que se presenten las complicaciones y consecuencias mirando hacia el futuro con un mejor nivel de salud para la población infantil menor de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I.

### **1.5. Limitaciones del estudio**

Las limitaciones de la presente investigación fueron los escasos antecedentes de estudios locales relacionados al tema que permitan realizar comparaciones en diferentes puntos locales de la ciudad, por lo que se ha optado por investigaciones relacionadas a nivel nacional.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes del estudio**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

- Cajamarca Lía (2015). Ecuador. En su tesis “Características de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses que acuden al Centro de Salud de Biblián”, argumentó que la anemia es una patología de gran relevancia en el Ecuador; su prevalencia ha sido estudiada principalmente a partir de la Encuesta DANS (1986) donde revelan mayor problemática en niños de 6 meses a 1 año (66,1%), y en niños de 1 a 2 años (42,7%). El objetivo central fue determinar las características generales de los niños menores de 5 años con anemia, en el Centro de Salud de Biblián. Se realizó un estudio descriptivo, analítico, en niños de 6 a 59 meses de edad con diagnóstico de anemia, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de anemia leve fue (93,4%) y de anemia moderada (6,6%), no se reportaron casos con anemia severa. Se concluye que se encontró una asociación entre el grado de anemia y la edad materna, bajo peso al

nacer, prematuridad, lactancia materna exclusiva, palidez cutáneo-mucosa, frecuencia cardíaca, índice de masa corporal, peso-edad, talla-edad y parasitosis, además se encontró una alta falta de respuesta al tratamiento para la anemia donde influyeron la parasitosis intestinal y el bajo peso severo.<sup>(8)</sup>

- Barreno Verónica (2014). Ambato-Ecuador. En su tesis “Estudio de factores que influyen la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses atendidos en el sub Centro de Salud de Cevallos”, cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6 a 24 meses atendidos en el Subcentro de salud de Cevallos. Se tomó una muestra de 48 pacientes y sus cuidadores estableciéndose que el desconocimiento de los cuidadores sobre la enfermedad sus consecuencias y el esquema terapéutico se aprecia en más de la mitad de la población de estudio. Con respecto al fármaco se observó que todos los niños que recibieron el tratamiento presentaron efectos secundarios siendo el estreñimiento el más observado, además se aprecia dificultad al tomar el medicamento en más de la mitad de los pacientes trayendo como consecuencia la interrupción del tratamiento en casi la totalidad de estos, mostrando la deficiente adherencia. Al investigar sobre la información impartida por el sistema de salud encontramos que menos de la mitad de cuidadores recibió información sobre la enfermedad, y que casi la totalidad de pacientes desconoce la duración del tratamiento, evidenciando la falta de entendimiento, pues la información aportada por el médico debe ser clara buscando lograr la mayor adherencia. La falta de adherencia al tratamiento observado en la mayoría de la población implicando el incumplimiento en la administración del sulfato ferroso, el olvido en administrar el medicamento, el incumplimiento de las recomendaciones dietéticas y el seguimiento inadecuado de la enfermedad. <sup>(9)</sup>

- Hualca Martha (2016). Colombia. En su tesis “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba”, argumentó que tiene por objetivo implementar estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre de 6 a 24 meses de edad que acuden a la unidad de salud; ya que de acuerdo a diferentes investigaciones la incidencia de esta patología puede disminuir si se previenen los factores de riesgo. El estudio fue de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo y de campo utilizando como técnicas de estudio la encuesta y la entrevista para determinar los factores de riesgo de anemia ferropénica en la población de estudio. Los resultados evidenciaron que el (57%) de la población infantil presenta anemia ferropénica, los factores de riesgo que manifiestan son la falta de instrucción de la madre en un (21%), presencia de anemia durante el embarazo (40%), peso menor a 2500 gramos al nacer el niño (35%), lactancia materna exclusiva el (48%), la alimentación complementaria carece de verduras, legumbres, cítricos y carnes en un (65%), por lo que los niños no cuentan con fuentes de hierro en su alimentación diaria. Se concluye que es necesario que se diseñen e implementen estrategias preventivas en base a la educación a los padres y madres de los niños menores de 2 años que acuden al centro de salud para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población.<sup>(10)</sup>

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

- Munares, Oscar y Gómez Guillermo (2014). Perú. En su tesis “Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú”, tuvo como objetivo considerar la adherencia a los multimicronutrientes y los factores asociados. La metodología se basó en un estudio epidemiológico de vigilancia activa por sitios centinela en 2.024

niños entre los 6 hasta los 35 meses atendidos en establecidos de salud del Ministerio de Salud del Perú. Se realizaron visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron el conteo de multimicronutrientes, que determinó la adherencia al consumo  $\geq$  90% de sobres, y un formulario sobre los factores asociados (conocimiento sobre anemia, alimentos ricos en hierro, efectos secundarios, esquema de dosis, medicamentos consumidos y motivación). Los resultados evidenciaron que el 79,1% tenían entre 6 a 23 meses, 75,9% recibieron multimicronutrientes y la adherencia fue del 24,4%. Se concluyó que hubo una baja prevalencia de adherencia para un punto de corte exigente ( $\geq$  90% sobres de multimicronutrientes consumidos) y los factores asociados están relacionados con ausencia de infecciones, efectos secundarios y creencias de la madre.<sup>(11)</sup>

- Luna Beatriz (2014). Lima. En su tesis "Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal", tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de 3 años del C.S Ex Fundo Naranjal. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 55 niños. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados evidencian que del 100% (55), 58% (32) madres expresaron que los factores relacionados con el cuidador del paciente el 42% (23) presente y 58% (32) ausente. En la dimensión relacionado con el tratamiento 67% (37) refieren que está ausente y 33% (18) presente; en la dimensión relacionado con la prestación de los servicios de salud 56% (31) está presente y 44% (24) ausente. Se concluyó que los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento los cuales están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y

pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Seguido por los factores relacionados con el cuidador del paciente referido a que el niño no consume alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia y no termina el tratamiento de 6 meses. Mientras que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brindo orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia, disponibilidad del medicamento en la farmacia del establecimiento. <sup>(12)</sup>

- Carrión Daniela (2015). Puno. En su tesis “Factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses, establecimiento de Salud Acora I-4, Puno”. Tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses de edad, del Establecimiento de Salud Acora I-4, Puno; fue de tipo descriptivo de corte transversal con diseño correlacional. La población estuvo constituida por 135 niños de 6 a 35 meses de edad, con una muestra de 47 niños. Los resultados mostraron que los factores institucionales como: la frecuencia de consejería de multimicronutrientes, el 59.6% de las madres reciben consejería en todos los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), de las cuales el 42.6% tienen niños que consumen incorrectamente; pero ninguno de los niños consumen los multimicronutrientes correctamente y sus madres recibieron consejería solo en algunos controles de CRED; el 100% de las madres nunca han recibido visitas domiciliarias con motivo de seguimiento y supervisión del consumo de multimicronutrientes; respecto a la aceptación y efectos secundarios, el 76.6% de los niños no aceptan los multimicronutrientes, las madres refieren que a sus niños “no les gusta”, del cual el 68.1% de los niños los consume de forma incorrecta y el 8.5% en forma correcta. Por lo tanto se concluye que el factor que influye más en el consumo, es el institucional (en

relación a la frecuencia de consejería); seguido de la aceptación de multimicronutrientes.<sup>(13)</sup>

- Rojas Evelyn (2017). Callao. En su tesis “Nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud sesquicentenario Callao - 2017”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden CRED del centro de salud Sesquicentenario - Callao – 2017. Diseño: estudio con enfoque cualitativo, diseño no experimental, nivel descriptivo y corte transversal. Materiales y Métodos: el conocimiento de las madres se evaluó por medio un cuestionario de 22 preguntas, realizado en una muestra de 85 madres. Resultados: La investigación muestra que el 55.7% de las madres encuestadas tiene un nivel de conocimiento “inadecuado”, sobre la anemia infantil. Conclusiones: las madres tienen un conocimiento “inadecuado” sobre la prevención de la anemia infantil.<sup>(14)</sup>

### **2.1.3. Antecedentes Locales**

- Santisteban Carmen y Valdiviezo Alexia (2016). Pimentel. En su tesis “Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 35 meses del Centro de Salud San Martin Lambayeque-2016”. La investigación se realizó con el objetivo de definir la relación existente entre la adhesión al tratamiento con micronutrientes y los niveles de hemoglobina en niños menores de 36 meses que acuden al Centro de Salud “San Martin”, Lambayeque- 2016. Estudio cuantitativo con diseño correlacional transversal. La muestra estuvo conformada por 56 niños y sus madres o cuidadoras, seleccionados por un muestreo probabilístico al azar; para la obtención de datos se aplicó el “Cuestionario de Evaluación de la suplementación de micronutrientes” elaborado por las



investigadoras con una confiabilidad de ( $\alpha = 0.8$ ). Los resultados mostraron que solo un 58.9 % de niños menores de 36 meses de edad presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes a diferencia de 41,1% de niños que no presentaron adherencia, mientras que en su primer control a los 6 meses de edad solo el 37,5% tienen un nivel de hemoglobina normal de 11g/dl o mayores, después de la suplementación con micronutrientes se observó una mejoría en los niveles de hemoglobina el 82.1% de los niños menores evaluados evidenciaron niveles altos de hemoglobina. Concluyéndose que existe una relación significativa ( $p= 0.018$ ) entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina. Siendo la suplementación con micronutrientes una estrategia efectiva para la prevención de la anemia, sin embargo, su efectividad depende de la adherencia a este tratamiento. <sup>(15)</sup>

## **2.2. Base teórica**

### **Anemia Infantil**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del más del 30% de la población mundial padecen anemia, debido principalmente a la carencia de hierro. La máxima prevalencia se da en los niños en edades menores a 3 años. <sup>(16)</sup>

El Ministerio de Salud de Perú intensifica acciones para revertir la situación actual de preocupantes cifras de anemia que afecta a niños y niñas. Tratamiento y prevención de anemia en menores de 36 meses con suplemento de hierro y consejería, desparasitación a escolares y familias, promoción de consumo de agua segura, lavado de manos y alimentación saludable; son cuatro destacables estrategias, entre otras. <sup>(17)</sup>

La anemia en los niños y niñas del Perú es una prioridad de salud pública, cuya respuesta busca revertir las cifras de los últimos 15 años. Constituye

un problema generalizado y extendido que afecta los ámbitos urbano y rural, regiones y departamentos del País. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), en el 2015, el 43,5% de niñas y niños de 6 a 35 meses presentan anemia, este porcentaje asciende a 53,6% si se toma en cuenta únicamente a los menores de dos años, pero la situación es aún más grave en los niños y niñas de 6 a 12 meses, en este grupo la prevalencia de anemia bordea el 70%.<sup>(17)</sup>

### **Determinantes de la anemia infantil**

Los determinantes de la anemia tienen que ver con factores sociales, económicos y culturales, así como por factores biológicos de las personas y las características de los alimentos, acceso, disponibilidad y consumo.<sup>(4)</sup>

- *Factores socioeconómicos y culturales:* incluyen las características de acceso económico, cultural y geográfico a cantidad y calidad de alimentos ricos en hierro, así como agua y saneamiento a alimentos facilitadores de absorción de hierro, la baja proporción de lactancia materna exclusiva y el bajo nivel de educación de los padres.<sup>(4)</sup>
- *Consumo alimentario inadecuado.* La inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (ej. Vitamina C), los requerimientos incrementados característicos de algunas etapas de vida y condiciones fisiológicas como los primeros 6 meses de vida y el último trimestre de la gestación, así como los primeros 2 años de vida.<sup>(4)</sup>
- *Falta de acceso y uso de servicios de salud y nutrición.* El acceso y el cumplimiento de controles prenatales, atención de parto, la atención integral que incluye consejería nutricional y suplementación con hierro y micronutrientes son una oportunidad para disminuir la anemia en etapas de mayor requerimiento y mayor potencial de mejorar la salud y desarrollo infantil.<sup>(4)</sup>

- *Deficiente estado nutricional.* Es necesario evitar el deficiente estado nutricional en las diferentes etapas de vida, facilitando el acceso y favorecer el consumo de alimentos ricos en hierro de elevada disponibilidad así como facilitadores de absorción de hierro y el uso de suplementos en etapas de incremento de requerimientos fisiológicas de hierro, puesto que, por ejemplo, la anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes condiciona partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica.<sup>(4)</sup>
- *Incremento de la morbilidad.* Existe evidencia que las infecciones endémicas en niños; parasitosis y enfermedades infecciosas agudas, promueven la respuesta inflamatoria y, por lo tanto, a que las reservas de hierro disminuyan, incrementando el riesgo de anemia.<sup>(4)</sup>
- *Factores biológicos de mayor vulnerabilidad.* Existen factores biológicos, asociados con cada etapa de vida en las que el mecanismo probable sea un incremento en el requerimiento de hierro, como la etapa de 6 a 24 meses de edad. En la que es necesario priorizar la lactancia materna, suplementación con hierro, alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro, fortificación de alimentos con hierro y facilitadores de absorción de este mineral.<sup>(4)</sup>

### **Anemia ferropénica**

La anemia ferropénica es la disminución de los glóbulos rojos o hemoglobina, sustancia que transporta el oxígeno, desde los pulmones hasta el resto de los órganos del cuerpo y que estimula los procesos vitales de las células. 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, cansancio y agotamiento en el niño.<sup>(18)</sup>

La anemia ferropénica se la considera como una afección en la cual el cuerpo ya no tiene suficientes glóbulos rojos sanos, los mismos que se

encargan de transportar el oxígeno hacia todo el organismo. O la concentración de hemoglobina se encuentra disminuida por debajo del valor normal estándar de acuerdo a la edad y sexo. La anemia ferropénica es la forma más común de anemia y es habitual encontrarla en los niños entre 6 meses y 3 años de edad, sobre todo en niños que no recibieron prevención con hierro, alimentados a base de leche materna, con escasos recursos económicos o por desconocimiento de una buena combinación en los que se pierde su absorción, ante la falta de algunas vitaminas esenciales para el organismo. El hierro es una parte esencial de la hemoglobina, la proteína que transporta el oxígeno en la sangre. El hierro proviene normalmente de la dieta y con el reciclaje del mismo hierro proveniente de glóbulos rojos viejos. <sup>(19)</sup>

### **Etiología de la anemia ferropénica**

La anemia ferropénica es un síndrome que puede deberse a múltiples causas. En el niño la causa más frecuente es la carencia nutricional por un aporte insuficiente, generalmente unido a infecciones recurrentes. Si el niño dispone de unas reservas de hierro disminuidas al nacimiento por diversos factores de riesgo, salvo que se haga una prevención adecuada, puede desarrollar una anemia ferropénica más precoz o severa. Las infecciones recurrentes hoy en día desempeñan un papel muy importante por dos motivos: a) la mayoría de los niños van a guarderías desde muy pequeños, y b) se genera un círculo de retroalimentación entre infección, anorexia y fiebre. <sup>(20)</sup>

Las causas de la anemia ferropénica se pueden producir por una alimentación pobre en hierro, siendo la más común; la incapacidad de absorción del hierro, aunque se esté consumiendo suficiente cantidad del mismo; también puede provocarse por pérdidas de sangre prolongadas en el organismo por alguna patología presente. El riesgo de desarrollar anemia ferropénica se incrementa con la inadecuada alimentación y afecta con más frecuencia a los niños entre 6 y 24 meses de edad, debido a la ingesta de leche maternizada en polvo (fórmula) fortificada en hierro. <sup>(20)</sup>

## Causas

Los grupos de población con mayor riesgo de sufrir carencia de hierro son los niños de entre 6 y 24 meses de edad, y las mujeres embarazadas. La causa común es el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento. <sup>(21)</sup>

El niño de término al nacer tiene una concentración corporal de hierro de alrededor de 75 mg por Kg de peso corporal. Estos depósitos, relativamente altos, alcanzan para sostener la duplicación del peso corporal que se produce alrededor del cuarto mes de vida. Luego, el lactante es totalmente dependiente del hierro de la dieta. Al final del primer año, el niño normal ha triplicado el peso corporal y duplicado su volumen sanguíneo. Por esta razón, el requerimiento diario de hierro es similar al de un hombre adulto, pero la cantidad total de alimentos consumidos por un niño de 1 año es alrededor de 1/3. Este simple cálculo ayuda a explicar la situación de riesgo de lactantes. <sup>(20)</sup>

En los niños pequeños el aumento del requerimiento relacionado con el crecimiento coincide con el período de mayor vulnerabilidad del cerebro a las noxas nutricionales; por otra parte, la densidad de hierro en sus dietas suele ser baja. Además existen factores que aumentan el riesgo de anemia como bajo peso al nacer, ligadura precoz del cordón umbilical, breve duración de la lactancia materna exclusiva, introducción precoz de leche de vaca, introducción tardía de la carne y dietas de baja biodisponibilidad de hierro. <sup>(21)</sup>

Las causas de la anemia están dados por la deficiencia de ingesta de hierro (características de la dieta), altos requerimientos en niños menores de 2 años, prematuridad, bajo peso al nacer, anemia materna, inadecuado consumo de suplementos, corte precoz de cordón umbilical, disminución de lactancia materna exclusiva, diarreas, parasitosis, malaria así como

también falta de saneamiento básico y prácticas de higiene inadecuados, acceso limitado a cuidado integral de salud y desconocimiento de la madre sobre el problema anemia, consecuencias, prevención y tratamiento.<sup>(21)</sup>

## **Grados**

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos. La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia). Sin embargo, debe medirse, aunque no todas las anemias estén causadas por ferropenia. La prevalencia de la anemia es un indicador sanitario importante y, cuando se utiliza con otras determinaciones de la situación nutricional con respecto al hierro, la concentración de hemoglobina puede proporcionar información sobre la intensidad de la ferropenia.<sup>(22)</sup>

Grados de Anemia, Hemoglobina (g/dL)

<b>Niños de 6 a 59 meses de edad</b>	
Sin anemia	11.0 o superior
Anemia Leve	10.0-10.9
Anemia Moderada	7.0-9.9
Anemia Grave	Menos de 7.0

***Fuente: Organización Mundial de la Salud.***

## **Consecuencias**

La anemia en los niños provoca alteraciones en diversas funciones: alteración del desarrollo psicomotor, especialmente del lenguaje, disminución de la capacidad motora, retardo del crecimiento físico, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. <sup>(21)</sup>

Mientras la deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad, los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Al cumplir su primer año de vida, (10%) de los infantes en los países desarrollados, y alrededor de (50%) en los países en desarrollo, están anémicos; esos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor-cognoscitivo, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. <sup>(23)</sup>

## **Signos y Síntomas**

Los signos y síntomas de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo.

Son palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, debilidad, fatiga, sueño incrementado, mareos, cefaleas. Otras manifestaciones clínicas incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y uñas quebradizas. Asimismo se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente. <sup>(24)</sup>

## **Diagnostico**

Se realiza a través de la anamnesis y el examen físico; en la anamnesis se evalúa los síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño, la cual nos permitirá conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo

obtendremos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia. En el examen físico debe de considerar los siguientes aspectos a evaluar: observar el color de la piel de la palma de las manos, buscar palidez de mucosas oculares, examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo, examinar sequedad y caída del cabello, observar mucosa sublingual, verificar la coloración del lecho ungueal, presionándolas más de los dedos de las manos. <sup>(24)</sup>

Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentraciones de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar la anemia en la población, examen de heces, examen de orina, entre otros. <sup>(24)</sup>

### **Tratamiento**

El tratamiento de la anemia ferropénica considera dos aspectos: el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Los niños que tienen diagnóstico de anemia deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer. El tratamiento con hierro en los niños de 6 a 35 meses de edad que han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día con máxima dosis de 70mg/día durante 6 meses continuos, se realiza el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento. <sup>(24)</sup>

En los niños de 6 a 35 meses con anemia de grado leve (Hb: 10-10,9 g/dl), se utiliza micronutrientes en polvo que se administrara durante 12 meses continuos (360 sobres), el cual contiene 12.5 mg de hierro elemental, 300 ug de Vitamina A, 30 mg de Vitamina C, 5 mg de Zinc y 160 ug de Acido folico. En los niños de grado moderado (Hb: 7-9,9 g/dl) administracion diaria durante 12 meses continuos de micronutrientes en polvo. En niñas y niños nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, se prescribe de 3 mg de hierro elemental/kg de peso/día con máxima dosis de 40mg/día, por vía oral (en soluciones orales o polvos), desde los 6 meses



hasta los 35 meses de edad durante 6 meses continuos cada año, al mes, a los 3 meses y 6 meses de inicio el tratamiento se realiza control de hemoglobina. En niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros se iniciara a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral, se administrara tratamiento con hierro en dosis de 4mg/kg de peso/día (en soluciones orales) durante seis meses continuos, se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro. <sup>(24)</sup>

El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente, en caso de que presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las otras comidas, si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasara a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos; 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. <sup>(24)</sup>

### **Tratamiento no Farmacológico**

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta y debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. El momento par introducir la alimentacion complementaria es a los seis meses de edad, cuando se debe cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adeacuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduracion neurologica. <sup>(25)</sup>

Consiste en un apoyo nutricional, como es la diversificación de la dieta rica en hierro mediante prácticas saludables de alimentación y nutrición de la niña y el niño de 6 meses a 35 meses de edad. Promoviendo el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado, y otras vísceras de color rojo. Promoviendo el consumo de comidas de consistencia sólida y semisólida e incrementar progresivamente la frecuencia de las comidas de acuerdo a la edad de la niña y el niño, hasta alcanzar tres comidas más dos refrigerios. Promoviendo el consumo de alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la absorción de hierro. <sup>(26)</sup>

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a ½ taza (100 gr o 3 a 5 cucharadas aproximadamente), la consistencia son papillas, mazamorra o pures, entre los alimentos recomendados están los tubérculos (papa, camote, yuca, oca y arracacha), alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, bazo, yema del huevo y carne), cereales (fideos, semola, maicena, arroz, trigo, maíz y chuño), vegetales (zapallo, zanahoria y espinaca), frutas (durazno, papaya y otras), aceite y mantequilla y menestras sin cascara; entre los 9 y 11 meses alimentos picados y desmenuzados, son recomendados todos los alimentos que consume la niña o niño de 6 a 8 meses, más clara de huevo, de 5 a 7 cucharadas de alimentos igual a ¾ plato mediano o igual a 1 taza, 4 comidas por día (temprano, media mañana, mediodía y media tarde) y, finalmente entre los 12 a más, segundos donde la niña o niño puede consumir todos los alimentos de la olla familiar, 1 taza (200 gr o 7 a 10 cucharadas aproximadamente, ¾ de plato mediano) tres veces al día y 2 adicionales (temprano, media mañana, mediodía, media tarde y noche). Durante los procesos infecciosos, fraccionar, es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas del niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos. <sup>(26)</sup>

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. <sup>(26)</sup>

### **Prevención de la anemia ferropénica**

La primera medida para prevenir la anemia en los niños es asegurarnos que la madre embarazada no la tenga, esto se logra con un buen control prenatal. En segundo lugar debemos incentivar y asegurar una lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y complementada en los dos años de vida del niño. En los casos de lactancia artificial, solo utilizar las fórmulas infantiles (tanto de inicio como de continuación), ya que éstas vienen con agregado de hierro. El tercer paso, es lograr una alimentación adecuada que le brinde al niño todos los requerimientos nutricionales necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo. En cuarto lugar se recomienda la utilización de suplementos de hierro en forma preventiva, en niños prematuros a partir de la segunda semana de vida y en niños a término a partir de los tres meses de edad. <sup>(27)</sup>

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso de que no se haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control.

La prevención de anemia se realizara de la siguiente manera: la suplementación preventiva se iniciara con gotas a los 4 meses de vida (sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad, se administrara suplementación preventiva con hierro en dos dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad, luego se continuara con la entrega de micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día), en caso de que el niño no

recibió micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).<sup>(24)</sup>

### **Adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia.<sup>(28)</sup>

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario.<sup>(28)</sup>

La adherencia es un fenómeno complejo y multifactorial, la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento es altamente prevalente, lo que deteriora la relación profesional-paciente, contribuye a empeorar las enfermedades, aumenta la morbimortalidad, y provoca un marcado incremento en los costos del Sistema de Salud.<sup>(29)</sup>

En la adherencia intervienen el profesional y el sistema de salud, el paciente con sus demandas y necesidades junto con el entorno social, los familiares y amigos junto con el medio cultural y económico en el que está inmerso.<sup>(29)</sup>

La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.<sup>(30)</sup>

La no adherencia se define como la falta de cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida.<sup>(12)</sup>

Las causas de la no adherencia incluyen diferentes factores, relacionados con el paciente, el profesional, el sistema de salud, la enfermedad, el tratamiento farmacológico y el factor socioeconómico. La prevalencia de la no adherencia es muy alta y el costo que deriva de ella es impactante tanto del punto de vista sanitario como económico.<sup>(29)</sup>

### **Dimensiones de la adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento 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.<sup>(30)</sup>

El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema impulsado por el paciente.<sup>(30)</sup>

A continuación se detalla cada dimensión interactuantes que influyen sobre la adherencia:

#### **a. Factores relacionados con el cuidador paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (auto eficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos

terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. <sup>(30)</sup>

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad. <sup>(30)</sup>

#### **b. Factores relacionados con el tratamiento**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. <sup>(30)</sup>

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima. <sup>(30)</sup>

#### **c. Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud**

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia

terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo.  
(30)

Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.<sup>(30)</sup>

#### **d. Factores socioeconómicos**

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.<sup>(30)</sup>

La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de (58%) en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento.<sup>(30)</sup>

#### **e. Factores relacionados con la enfermedad**

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. <sup>(30)</sup>

De las cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica de los factores descritos por la OMS, para el estudio se hizo uso solo de 3 dimensiones los factores relacionados con el cuidador del paciente, el tratamiento y la prestación de los servicios de salud.

### **2.3. Definición de términos**

**Anemia:** La anemia se define como una disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales. La anemia puede ser la manifestación de una enfermedad hematológica o una manifestación secundaria a muchas otras enfermedades. <sup>(24)</sup>

**Adherencia:** Es el grado de acatamiento o adopción de las prescripciones médicas por parte del paciente. Es el cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. <sup>(28)</sup>

**Anemia Ferropénica:** Disminución de los niveles de hemoglobina como consecuencia de la deficiencia de hierro. <sup>(24)</sup>



**Factores:** Son elementos que actúan como condicionante para la obtención de un resultado. <sup>(29)</sup>

**Niños menores de 3 años:** Se considera los niños y niñas que tengan entre 0 y 36 meses de edad.

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

El nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017 es no adherente.

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

- Existen factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.
- Existe adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.

## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Variable independiente: adherencia al tratamiento**

#### **Definición conceptual de la variable:**

Es el cumplimiento del tratamiento de acuerdo con la dosificación del programa prescrito y cumplimiento de tomar la medicación en un tiempo determinado. <sup>(23)</sup>

**Definición operacional:**

Factores que influyen en el cumplimiento al tratamiento farmacológico o no farmacológico de la anemia ferropénica, relacionado con el cuidador del paciente, con el tratamiento y con la prestación del servicio de salud a los niños menores de tres años.

**2.5.2. Variable dependiente: anemia ferropénica****Definición conceptual de la variable:**

Disminución de los niveles de hemoglobina como consecuencia de la deficiencia de hierro. <sup>(15)</sup>

**Definición operacional de la variable**

Disminución de los niveles de hemoglobina como consecuencia de la deficiencia de hierro en los niños menores de tres años.

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala	Técnicas e Instrumentos	Fuente	
Adherencia al tratamiento	Factores que influyen en el cumplimiento al tratamiento farmacológico o no farmacológico de la anemia ferropénica relacionado con el cuidador del paciente, con el tratamiento y con la prestación del servicio de	a) Factores relacionados con el cuidador del paciente	Conocimiento del concepto de la anemia ferropénica	Usted sabe que es la anemia ferropénica.	Siempre A veces Casi Nunca Pocas Veces	Encuesta - Cuestionario	Madres de niños atendidos en el Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas.	
			Padecimiento de síntomas	Usted sabe identificar los síntomas de la anemia ferropénica.				
			Conocimiento de causas de la anemia ferropénica	Usted conoce las causas de la anemia ferropénica.				
			Conocimiento de consecuencias de la anemia ferropénica	Su niño tuvo alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo del crecimiento)				
			Prevención	Usted conoce los suplementos que pueden prevenir la anemia ferropénica en los niños				
			Creencias de la anemia ferropénica.	Usted cree que al cumplir con la administración de los micronutrientes su niño estará sin anemia.				
		b) Factores relacionados con el tratamiento	Tratamiento farmacológico	Su niño recibió suplementos de hierro para la anemia ferropénica.				Su niño consumió suplementos de hierro para la anemia ferropénica.
				Su niño toma el medicamento de la anemia todos los días.				
				Su niño ha presentado problemas durante el tratamiento (estreñimiento y cambio de color en los dientes).				
			Tratamiento no farmacológico	Su niño consume alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otras).				

	salud a los niños menores de 3 años.			Da con frecuencia a su niño alimentos como: lentejas, frejoles, arvejas, habas, entre otros.			
				La alimentación que su niño recibe es espesa y consistente.			
				Acompaña la alimentación de su niño(a) con jugo de frutas, limonada y agua.			
		c) Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud	Educación	Recibió información por parte del personal de salud sobre la alimentación y los cuidados para tratar la anemia.			
				Las indicaciones que el personal de salud le brindo fueron fáciles de entender.			
			Distribución del medicamento	Le entregaron correctamente los multimicronutrientes en la farmacia del Centro de Salud.			
			Seguimiento	El personal de salud le ha visitado a su casa para verificar si su niño está cumpliendo con su tratamiento.			
		Usted acude a sus controles de CRED correspondientes en las citas programadas.					
		Trato del personal	Considera usted que la atención brindada por el personal de salud (enfermera) es rápida y buena.				
			Recibió un buen trato por el personal que fue atendido.				

## VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Ítem	Escala	Técnicas e instrumentos	Fuente
Anemia ferropénica	Disminución de los niveles de hemoglobina. como consecuencia de la deficiencia de hierro en los niños menores de tres años	Leve	Datos analíticos de anemia ferropénica.	Cual fue el resultado en su último dosaje de hemoglobina de su niño.	10,0-10,9	Encuesta - Cuestionario	Madres de niños atendidos en el Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas.
		Moderada			7,0-9,9		
		Grave			Menos de 7,0		

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo y nivel de la investigación**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se analizó la información obtenida a través de datos estadísticos.

Descriptiva porque se describió la realidad en relación a las variables en estudio para su posterior análisis y representación en forma de síntesis en la presente investigación.

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014), este tipo de investigación tiene como finalidad describir y caracterizar las variables de una investigación, para ser presentadas y estudiadas con la finalidad de obtener información relevante en relación a la problemática estudiada.

El diseño de la investigación fue no Experimental, porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural donde después fueron analizados.<sup>(31)</sup>

Transversal, ya que se recolectó los datos en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables del estudio y analizar su incidencia o interrelación.<sup>(31)</sup>

El diseño de la investigación se representa bajo el siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio

O = Información a recoger

### **3.2. Descripción del ámbito de estudio**

La investigación se realizó en el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017, pertenece al Ministerio de Salud de primer nivel de atención con categoría I-3 el cual se encuentra ubicado en la calle Virú N° 429, Noroeste del distrito de La Victoria, brinda atención las 12 horas al día compartidas en dos turnos: mañana y tarde ofreciendo atención en las diferentes estrategias sanitarias de salud de las diferentes etapas de vida, en los consultorios internos y otros servicios que oferta el establecimiento de salud a la población con trabajo en equipo intramural y extramural.

El ámbito de estudio fue el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, una unidad que está a cargo de 3 licenciados de Enfermería quienes atienden un promedio de 25 niños al día.

### **3.3. Población y muestra**

La población estuvo conformada por los niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017, que según el registro de datos eran 50 niños.

La muestra estuvo conformada por el total de la población, la cual es homogéneo y pequeño, por lo que el tamaño de muestra coincide con el tamaño de la población, es decir, los 50 niños menores de 3 años que

presentan anemia ferropénica, lo que hace ver que estamos frente a un caso de población muestral.

$$U = n$$

### 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

#### **Métodos de investigación:**

**Análisis:** Este método se usó para poder analizar detalladamente los datos e información relacionada con la investigación, tanto de la temática de las variables como de los resultados estadísticos que se obtuvieron.

**Inductivo – deductivo:** Este método sirvió para poder llegar a las conclusiones de la investigación en función a los objetivos establecidos.

#### **Técnica de investigación.**

**Encuesta:** Con esta técnica se recolectó información mediante el cuestionario previamente establecido.

#### **Instrumentos de recolección de datos.**

**El cuestionario** como instrumento de recolección de datos, está compuesto por un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios con el fin de alcanzar los objetivos de la investigación.

### 3.5. Criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos

#### **Validación de contenido**

Permanentemente se ejecutó la observación de las variables en su propio escenario, se codificó y reviso la información y finalmente se estableció el reporte de los resultados.



Para validar el instrumento de investigación diseñado, se realizó el juicio de expertos proporcionada por 3 profesionales del área de salud, los cuales fueron 2 enfermeros y 1 enfermera, los mismos que han dado su aprobación al cuestionario.

<b>Validación de encuestas</b>	
Juez experto n° 1	86%
Juez experto n° 2	80%
Juez experto n° 3	83%
PROMEDIO	83%

### **Confiabilidad**

Se realizó a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach, la cual arrojó un resultado superior a 0.75 el cual determinó la confiabilidad del instrumento aplicado.

### **3.6. Plan de recolección procesamiento de datos**

Para recolectar los datos se llevó a cabo la coordinación con el jefe del servicio a fin de conocer el número de niños menores de tres años con diagnóstico de anemia ferropénica y establecer el cronograma de recolección de datos, se procedió a la recolección de datos por medio de la identificación de los niños menores de tres años en la jurisdicción la Victoria Sector I. Allí se les dio a conocer de manera verbal y escrita el propósito, beneficios del estudio por medio del consentimiento informado, con el fin de obtener la información que se requiere para la investigación utilizando como instrumento el cuestionario para determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica aplicándose en el mismo lugar de trabajo, se aplicó preguntas sobre aspecto básicos. (ANEXO 02)

El instrumento tuvo una escala de evaluación tipo Lickert compuesta por cuatro opciones de respuesta: Siempre: 4 puntos, A veces: 3 puntos, Casi Nunca: 2 punto, Pocas Veces: 1 punto. Tiene un puntaje mínimo de 20 puntos y un puntaje máximo de 80 puntos.

Para la evaluación del nivel de adherencia se establecieron los siguientes puntajes: adherencia (50-80) y no adherencia (20-50).

Para el análisis de los datos de la aplicación del instrumento se empleó el programa estadístico SPSS 20 para tabular la información proveniente de la encuesta que se realizó a la muestra, de esta forma se obtuvo la información que se necesitaba para este estudio.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

**TABLA N° 1**

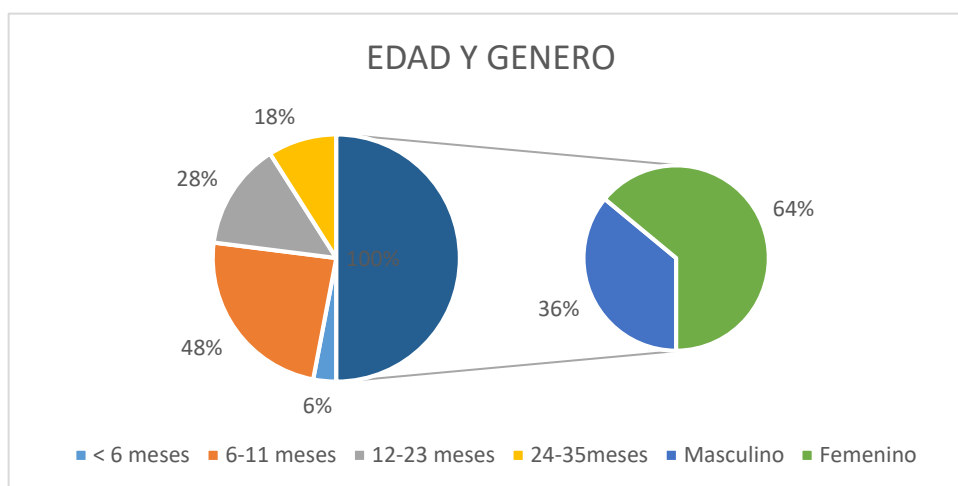
**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y SEXO QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA  
SECTOR I, CHICLAYO 2017**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 6 meses	3	6%
6-11 meses	24	48%
12-23 meses	14	28%
24-35meses	9	18%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>GENERO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	18	36%
Femenino	32	64%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

## GRAFICO N° 1

### DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD Y GÉNERO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

En la Tabla y Grafico N° 1, la distribución de la población en estudio según edad el 48% (24) se encuentran entre las edades de 6 a 11 meses, el 28% (14) de 12 a 23 meses, el 18% (9) entre 24 a 35 meses y el 6% (3) menores de 6 meses de edad. Según género, el 64% (32) pertenecen al sexo femenino y el 36% (18) al sexo masculino.

**TABLA N° 2**

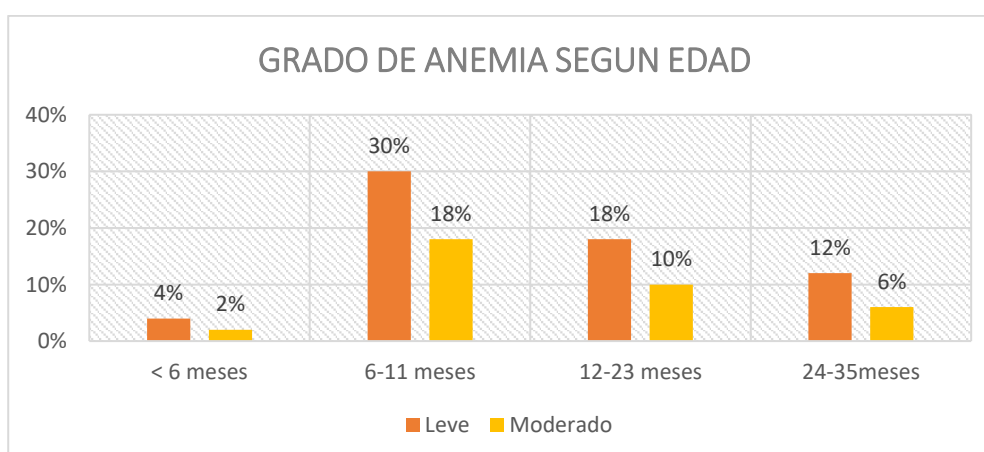
**GRADO DE ANEMIA SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**

EDAD	GRADOS DE ANEMIA				TOTAL	
	LEVE		MODERADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
< 6 meses	2	4%	1	2%	3	6%
6-11 meses	15	30%	9	18%	24	48%
12-23 meses	9	18%	5	10%	14	28%
24-35meses	6	12%	3	6%	9	18%
	TOTAL				50	100%

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

**GRAFICO N° 2**

**GRADO DE LA ANEMIA SEGÚN EDAD DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

La Tabla y grafico N° 2, evidencia que los niños de 6 a 11 meses, el 30% (15) presentan anemia leve y el 18% (9) anemia moderada; siguiendo los niños de

12 a 23 meses, el 18% (9) presentan anemia leve y el 10% (5) anemia moderada. Luego los niños entre 24 a 35 meses, el 12% (6) tienen anemia leve y el 6%(3) anemia moderada y por último, los niños menores de 6 meses, el 4%(2) tienen anemia leve y el 2% (1) anemia moderada.

**TABLA N° 3**

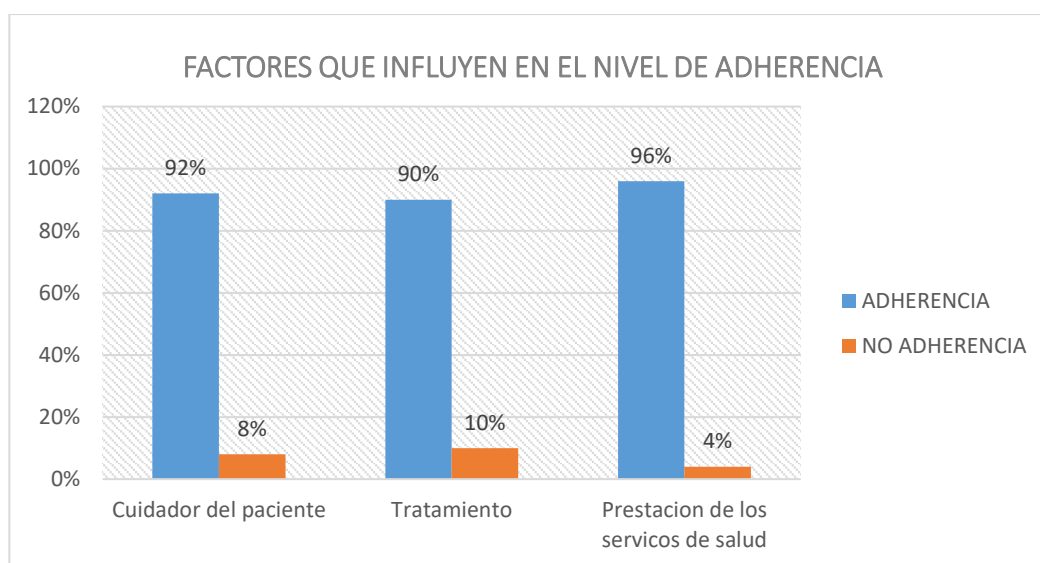
**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**

FACTORES	ADHERENCIA		NO ADHERENCIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cuidador del paciente	46	92%	4	8%	50	100%
Tratamiento	45	90%	5	10%	50	100%
Prestación de los servicios de salud	48	96%	2	4%	50	100%
<b>TOTAL</b>	46	92%	4	8%	50	100%

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

### GRAFICO N° 3

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

En la Tabla y Gráfico N°3, los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años; en los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud el 96% (48) es adherente y el 4% (2) es no adherente. El factor relacionado con el cuidador del paciente, el 92% (46) es adherente y el 8% (4) es no adherente y en los factores relacionados con el tratamiento el 90% (45) es adherente y el 10% (5) es no adherente.

**TABLA N° 4**  
**FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL PACIENTE**  
**SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL**  
**TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE**  
**3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ**  
**VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**

ÍTEMS	ADHERENCIA		NO ADHERENCIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Usted sabe que es la anemia ferropénica.	4	8%	46	92%	50	100%
2. Usted sabe identificar los síntomas de la anemia ferropénica.	9	18%	41	82%	50	100%
3. Usted conoce las causas de la anemia ferropénica.	11	22%	39	78%	50	100%
4. Su niño tuvo alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo del crecimiento)	49	98%	1	2%	50	100%
5. Usted conoce los suplementos que pueden prevenir la anemia ferropénica en los niños	48	96%	2	4%	50	100%
6. Usted cree que al cumplir con la administración de los micronutrientes su niño estará sin anemia.	47	94%	3	6%	50	100%

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017



**GRAFICO N° 4**

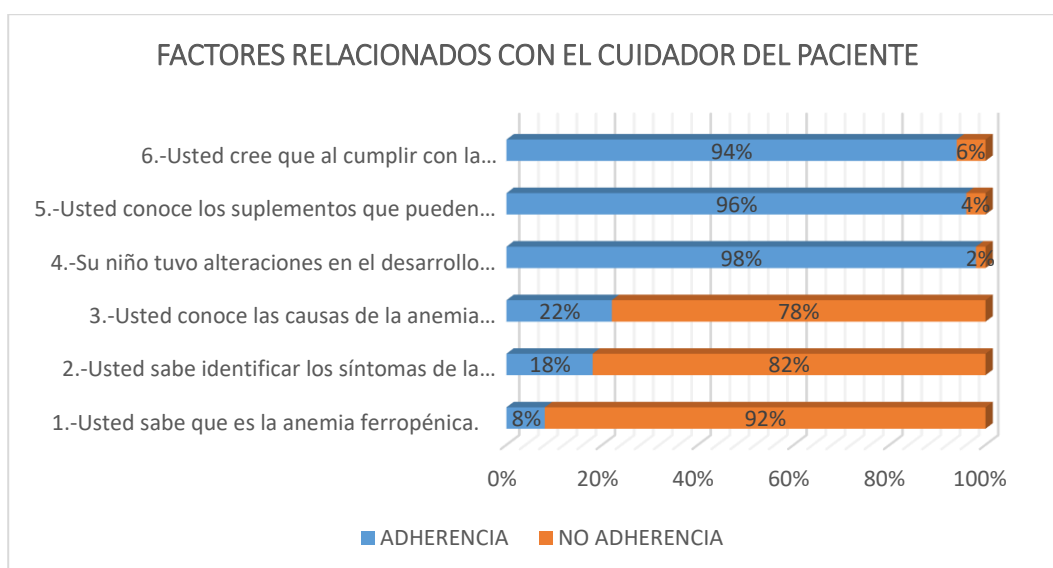
**FACTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR DEL PACIENTE**

**SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL**

**TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE**

**3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ**

**VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

Según la Tabla y Grafico N° 4, en la dimensión factores relacionados con el cuidador del paciente, los ítems adherentes están dados por el 98% (49) de los niños no han presentado alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo en el crecimiento), el 96% (48) madres conocen los suplementos que pueden prevenir la anemia en sus hijos y el 94% (47) de ellas creen que al cumplir con la administración de los micronutrientes sus niños estarán sin anemia.

En cuanto a los ítems no adherentes, el 92% (46) no conocen o no tienen noción que es la anemia ferropénica, 82% (41) de las madres refirieron que no saben identificar los síntomas de la anemia y el 78% (39) no conocen las causas de la anemia ferropénica.

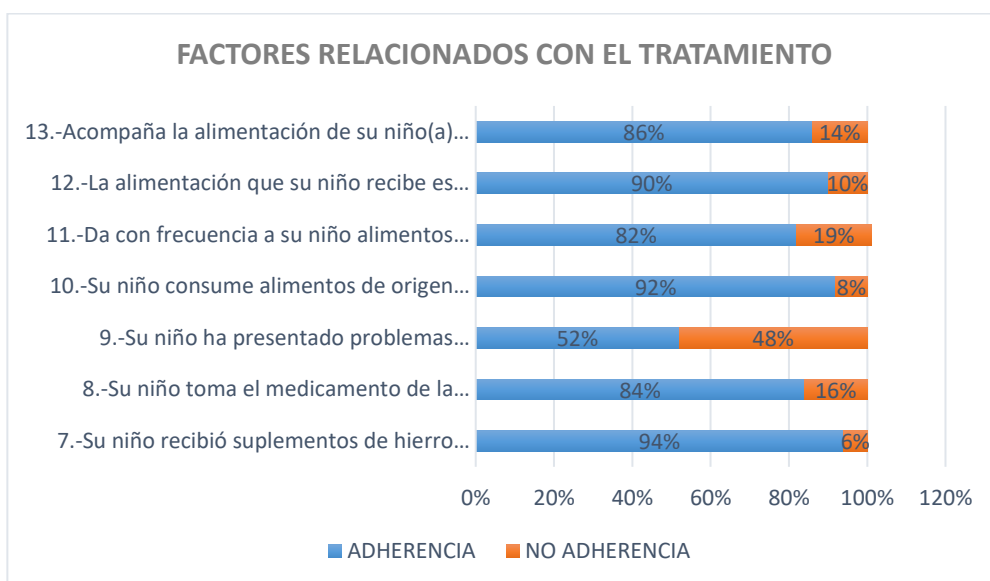
**TABLA N° 5**  
**FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO SEGÚN ÍTEMS**  
**QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**  
**FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA ANEMIA**  
**FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL**  
**CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA**  
**SECTOR I, CHICLAYO 2017**

ÍTEMS	ADHERENCIA		NO ADHERENCIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
7.-Su niño recibió suplementos de hierro para la anemia ferropénica.	47	94%	3	6%	50	100%
8.-Su niño toma el medicamento de la anemia todos los días.	42	84%	8	16%	50	100%
9.-Su niño ha presentado problemas durante el tratamiento (estreñimiento y cambio de color en los dientes).	26	52%	24	48%	50	100%
10.-Su niño consume alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otras).	46	92%	4	8%	50	100%
11.-Da con frecuencia a su niño alimentos como: lentejas, frejoles, arvejas, habas, entre otros.	41	82%	9	19%	50	101%
12.-La alimentación que su niño recibe es espesa y consistente.	45	90%	5	10%	50	100%
13.-Acompaña la alimentación de su niño(a) con jugo de frutas, limonada y agua.	43	86%	7	14%	50	100%

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

**GRAFICO N° 5**

**FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

En la Tabla y Grafico N° 5, los ítems adherentes al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica, son adherentes el 94% (47) de los niños recibieron suplementos de hierro, el 92% (46) de los niños consume alimentos de origen animal como el hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otros. El 90% (45) reciben una alimentación espesa y consistente, el 86% (43) acompañan la alimentación de sus niños con jugo de frutas, limonada y agua; el 84% (42) los niños toman el medicamento de la anemia todos los días; 82% (41) le dan con frecuencia alimentos como lentejas, frejoles, arvejas, habas a sus niños y el 52% (26) de los niños no han presentado problemas durante el tratamiento.

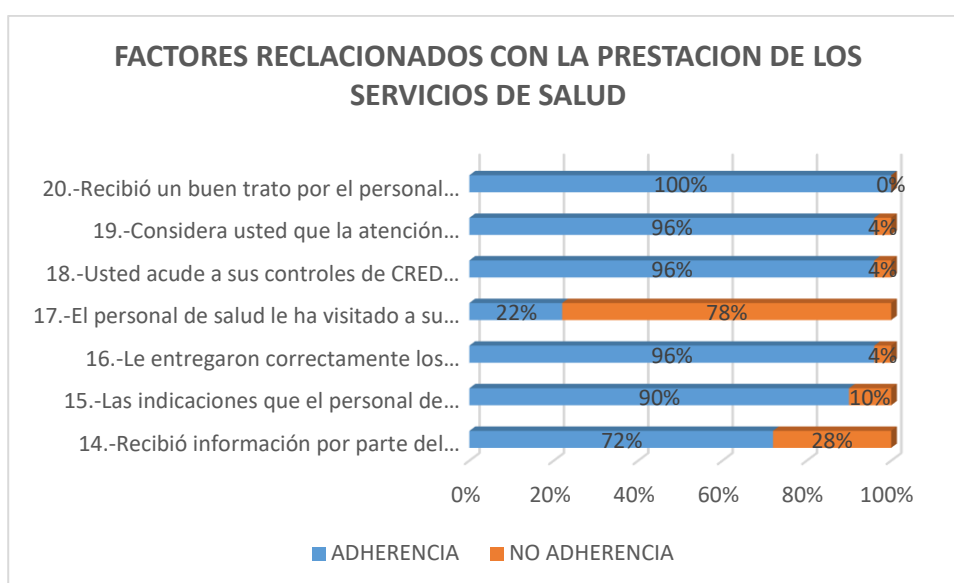
**TABLA N° 6**  
**FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LOS**  
**SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN**  
**NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD**  
**MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO**  
**2017**

ITEMS	ADHERENCIA		NO ADHERENCIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
14. Recibió información por parte del personal de salud sobre la alimentación y los cuidados para tratar la anemia.	36	72%	14	28%	50	100%
15. Las indicaciones que el personal de salud le brindo fueron fáciles de entender.	45	90%	5	10%	50	100%
16. Le entregaron correctamente los multimicronutrientes en la farmacia del Centro de Salud.	48	96%	2	4%	50	100%
17. El personal de salud le ha visitado a su casa para verificar si su niño está cumpliendo con su tratamiento.	11	22%	39	78%	50	100%
18. Usted acude a sus controles de CRED correspondientes en las citas programadas.	48	96%	2	4%	50	100%
19. Considera usted que la atención brindada por el personal de salud (enfermera) es rápida y buena.	48	96%	2	4%	50	100%
20. Recibió un buen trato por el personal que fue atendido.	50	100%	0	0%	50	100%

**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

**GRAFICO N° 6**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ÍTEMS QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN  
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD  
MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO  
2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado a niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017

Según la Tabla y Grafico N° 6, los ítems adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica el 100% (50) recibieron un buen trato por el personal que fueron atendidas, el 96% (48) acuden a sus controles de CRED en sus citas programadas, iguales porcentajes consideran que la atención brindada por el personal de salud especialmente de las enfermeras es rápida y buena y recibieron correctamente los micronutrientes en la farmacia del Centro de Salud. El 90% (45) entendieron las indicaciones que el personal de salud les brindó y el 72% (36) de las madres recibieron información por parte del personal de salud.

El ítems que refleja la no adherencia con un 78% (39) fue que las madres manifestaron que el personal de salud no ha visitado su casa para verificar si su niño está cumpliendo con el tratamiento, por lo tanto, sólo el 22% (11) refirieron que alguna vez el personal ha visitado su casa.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La anemia ferropénica, es actualmente una enfermedad muy frecuente en los niños menores de 3 años de edad y se ha 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 estrategia para el control y tratamiento de ello es el sulfato ferroso y una dieta con alto contenido en hierro; pero, ésta estrategia enfrenta un obstáculo muy importante para su control: la no adherencia al tratamiento ya que existen múltiples factores que impiden que las madres de estos niños no cumplan el tratamiento indicado por el personal de salud.

Frente a ello, la presente investigación, tuvo como objetivo “Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017”, cuyos resultados fueron los siguiente:

- La población en estudio fue de 50 niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica en tratamiento que acudían al Centro de Salud, cuya distribución según edad fue el 48% (24) se encuentran entre las edades de 6 a 11 meses, el 28% (14) de 12 a 23 meses, el 18% (9) entre 24 a 35 meses y

el 6% (3) menores de 6 meses de edad. Según género, el 64% (32) pertenecen al sexo femenino y el 36% (18) al sexo masculino.

- Los grados de anemia según edad, se evidenció que en los niños de 6 a 11 meses, el 30% (15) presentan anemia leve y el 18% (9) anemia moderada; siguiendo los niños de 12 a 23 meses, el 18% (9) presentan anemia leve y el 10% (5) anemia moderada. Luego los niños entre 24 a 35 meses, el 12% (6) tienen anemia leve y el 6%(3) anemia moderada y por último, los niños menores de 6 meses, el 4%(2) tienen anemia leve y el 2% (1) anemia moderada. Podemos observar que el mayor porcentaje de niños que presentan anemia se encuentran entre las edades de 6 a 11 meses de edad, edad donde 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 o no llevar el tratamiento adecuado por desconocimiento o falta de interés de los padres, lo que puede tener repercusiones en el desarrollo cognitivo, principalmente cuando se presenta en un período crítico del crecimiento y desarrollo cerebral, conociéndose que más de la mitad de la formación del cerebro se produce durante la gestación y la etapa de máximo desarrollo ocurre en los primeros años de vida de los niños, donde el daño puede ser irreversible. Resultados similares encontró Cajamarca (2015), argumentó que la anemia es una patología de gran relevancia en el Ecuador, su prevalencia ha sido estudiada principalmente a partir de la encuesta DANS (1986) donde revelan mayor problemática en niños de 6 meses a 1 año (66,1%), y en niños de 1 a 2 años (42,7%).

- La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjuntos de factores, denominados “dimensiones”, de los cuales, los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años, son los factores relacionados con el cuidador del paciente, con el tratamiento y con la prestación del servicio de salud. Encontrándose que los factores relacionados con la



prestación de los servicios de salud el 96% (48) es adherente y el 4% (2) es no adherente. El factor relacionado con el cuidador del paciente, el 92% (46) es adherente y el 8% (4) es no adherente y en los factores relacionados con el tratamiento el 90% (45) es adherente y el 10% (5) es no adherente. A diferencia de Luna (2014), en su estudio determinó que el 58% (32) madres expresaron que los factores relacionados con el cuidador del paciente el 42% (23) presente y 58% (32) ausente. En la dimensión relacionado con el tratamiento 67% (37) refieren que está ausente y 33% (18) presente; en la dimensión relacionado con la prestación de los servicios de salud 56% (31) está presente y 44% (24) ausente.

- Los factores relacionados con el cuidador del paciente representan los conocimientos que ellos tienen sobre la enfermedad en relación a las causas, las consecuencias, tratamiento, medidas preventivas, creencias, percepciones y expectativas del paciente. La adherencia de los lactantes y los niños pequeños a los regímenes recomendados de tratamiento en gran parte es determinada por la capacidad del padre o el tutor para comprender y seguir con el tratamiento recomendado. En el estudio se determinó que los factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems; son adherentes el 98% (49) de los niños por lo tanto no se ha evidenciado alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo en el crecimiento), el 96% (48) madres conocen los suplementos que pueden prevenir la anemia en sus hijos y el 94% (47) de ellas creen que al cumplir con la administración de los micronutrientes sus niños estarán sin anemia. En cuanto a los ítems no adherentes, el 92% (46) no conocen o no tienen noción que es la anemia ferropénica, 82% (41) de las madres refirieron que no saben identificar los síntomas de la anemia y el 78% (39) no conocen las causas de la anemia ferropénica. El desconocimiento de la madre o cuidador 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, por lo que es de suma importancia la información que ellas tengan acerca de la enfermedad y el tratamiento, ya que el nivel de conocimientos es susceptible de ser modificado cuando se fortalece la confianza mediante la

construcción de aptitudes de autocuidado para lograr una adecuada adherencia al tratamiento. Similares resultados encontró Barreno (2014), el desconocimiento de los cuidadores sobre la enfermedad, sus consecuencias y el esquema terapéutico se aprecia en más de la mitad de la población de estudio. Rojas (2017) también concluye, que el 55.7% de las madres encuestadas tiene un nivel de conocimiento “inadecuado”, sobre la anemia infantil y Hualca (2016), concluye que es necesario que se diseñen e implementen estrategias preventivas en base a la educación a los padres y madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población.

- Los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia están dado por la complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y el cumplimiento del régimen dietético y terapéutico. Los ítems estudiados en esta dimensión relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico se determinó que son adherentes, el 94% (47) de los niños recibieron suplementos de hierro, el 92% (46) de los niños consume alimentos de origen animal como el hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otros. El 90% (45) reciben una alimentación espesa y consistente, el 86% (43) acompañan la alimentación de sus niños con jugo de frutas, limonada y agua; el 84% (42) los niños toman el medicamento de la anemia todos los días; 82% (41) le dan con frecuencia alimentos como lentejas, frejoles, arvejas, habas a sus niños y el 52% (26) de los niños no han presentado problemas durante el tratamiento. 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 medidas no farmacológicas como el 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, limonada, agua, etc. Muchas veces, la adherencia se ve afectada por los efectos colaterales que pueden presentar los niños con tratamiento para la anemia como estreñimiento, cambio de color en los dientes, etc que conlleva a

que las madres interrumpan el tratamiento o muchas veces no lo administran correctamente. Resultados adversos encontró Luna (2014), donde concluyó que los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento en lo relacionado con el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Así mismo, Barreno (2014), en su estudio con respecto al fármaco observó que todos los niños que recibieron el tratamiento presentaron efectos secundarios siendo el estreñimiento el que más destacó, dificultad al tomar el medicamento en más de la mitad de los pacientes trayendo como consecuencia la interrupción del tratamiento en casi la totalidad de ellos, mostrando la no adherencia al tratamiento. Por otro lado Santisteban y Valdiviezo (2016), mostraron que el 58.9 % de niños menores de 36 meses de edad presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes.

En relación a los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems, los adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica el 100% (50) recibieron un buen trato por el personal que fueron atendidas, el 96% (48) acuden a sus controles de CRED en sus citas programadas, iguales porcentajes consideran que la atención brindada por el personal de salud especialmente de las enfermeras es rápida, buena y recibieron correctamente los micronutrientes en la farmacia del Centro de Salud. El 90% (45) entendieron las indicaciones que el personal de salud les brindó y el 72% (36) de las madres recibieron información por parte del personal de salud.

El ítems que refleja la no adherencia con un 78% (39) fue que las madres manifestaron que el personal de salud no ha visitado su casa para verificar si su niño está cumpliendo con el tratamiento, por lo tanto, sólo el 22% (11) refirieron que alguna vez el personal ha visitado su casa.

Similares resultados encontró Luna (2014), donde concluye que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brindo orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia y disponibilidad del medicamento en la farmacia del

establecimiento. Así mismo, Barreno (2014), encontró que menos de la mitad de cuidadores recibió información sobre la enfermedad y que casi la totalidad de pacientes desconoce la duración del tratamiento, evidenciando la falta de entendimiento, pues la información aportada debe ser clara buscando lograr la mayor adherencia al tratamiento. Por otro lado Carrión (2015), en su estudio concluyó que el 100% de las madres nunca han recibido visitas domiciliarias con motivo de seguimiento y supervisión del consumo de los multimicronutrientes.

## CONCLUSIONES

- Los niños menores de 3 años que presentan anemia ferropénica en tratamiento que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas, el mayor porcentaje (48%) se encuentran entre las edades de 6 a 11 meses y con anemia leve (30%) y anemia moderada (18%), sobresaliendo el sexo femenino (64%).
- El nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de tres años es alto con un puntaje mayor de 50, expresados en la mayoría de los factores.
- Los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años; son los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud (96%), con el cuidador del paciente (92%) y los factores relacionados con el tratamiento (90%).
- Los factores relacionados con el cuidador del paciente según ítems, son adherentes al tratamiento en lo relacionado a la no presencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo en el crecimiento) (98%), las madres conocen los suplementos que pueden prevenir la anemia en sus hijos (96%) y creen que al cumplir con la administración de los micronutrientes sus niños estarán sin anemia (94%); pero no son adherentes al conocimiento sobre la enfermedad (92%), no conocen lo que es la anemia ferropénica, no saben identificar los síntomas (82%) y las causas de la anemia ferropénica (78%).
- Los factores relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico según ítems, son adherentes porque los niños recibieron suplementos de hierro (94%), consumen alimentos de origen animal como el hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otros (92%), reciben una alimentación espesa y consistente (90%), acompañan la alimentación de sus niños con jugo de frutas, limonada y agua (86%); los niños toman el

medicamento de la anemia todos los días (84%); las madres le dan con frecuencia alimentos como lentejas, frejoles, arvejas, habas a sus niños (82%) y no han presentado problemas durante el tratamiento (52%).

- En relación a los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud según ítems, son adherentes al tratamiento de la anemia ferropénica porque recibieron un buen trato por el personal que fueron atendidas (100%), acuden a sus controles de CRED en sus citas programadas, consideran que la atención brindada por el personal de salud especialmente de las enfermeras es rápida y buena y recibieron correctamente los micronutrientes en la farmacia del Centro de Salud (96%), entendieron las indicaciones que el personal de salud les brindó (90%) y recibieron información por parte del personal de salud (72%). El ítem que refleja no adherencia fue que las madres manifestaron que el personal de salud no ha visitado su casa para verificar si su niño está cumpliendo con el tratamiento (78%).

## **RECOMENDACIONES**

- Al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, fortalecer la información a los padres o cuidador de los niños sobre la anemia ferropénica, y complicaciones, para que el tratamiento sea adherente mediante la monitorización y supervisión constante a través de las visitas domiciliarias.
- A otros investigadores les sirva de apoyo tanto a nivel académico como aquellas organizadas por otros organismos para mejorar y difundir la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los niños diagnosticados con anemia ferropénica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BADHMAN J, Zimmermann M.B, Kraemer K. Guía sobre anemia nutricional. SIGHT AND LIFE 2007. [Citado el 08 de agosto del 2017]. Disponible en:[http://www.renavisan.ins.gob.pe/sites/default/files/109.\\_anemias\\_nutricionales.pdf](http://www.renavisan.ins.gob.pe/sites/default/files/109._anemias_nutricionales.pdf)
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, 2008. [Citado el 08 de agosto del 2017] Disponible en:  
[http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
3. Boletín Epidemiológico Dirección Regional de Salud Junín. Oficina de Epidemiología. Año 8. Enero 2012. Pág. 1. [Citado el 08 de agosto del 2017] Disponible en:  
<http://www.diresajunin.gob.pe/diresajunin/epidemiologia/2012/boletines/Boletin012012.pdf>
4. MINISTERIO DE SALUD (MINSA): Documento técnico. Lineamiento de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Lima; 2011. Resolución Ministerial N° 208-2011/ MINSA. [Citado el 09 de agosto del 2017] Disponible en:  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/.../est.../Lineamientos%20ESNANS\\_FINAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/.../est.../Lineamientos%20ESNANS_FINAL.pdf)
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Perú: Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000. Primer Semestre 2011. [Citado el 09 de agosto del 2017] Disponible en:  
[http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro\\_completo.pdf](http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro_completo.pdf)
6. MINSA. Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses. Resolución Ministerial 055-2016/MINSA. [Citado el 09 de agosto del 2017] Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3931.pdf>



7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA (INEI). Encuesta demográfica de salud familiar ENDES-2015. [Citado el 09 de agosto del 2017] Disponible en: <https://www.proyectos.inei.gob.pe/endes/>
8. CAJAMARCA, Lía. Características de la anemia en los niños entre 6 y 59 meses que acuden al centro de salud de Biblián durante el período 2012 – 2013 [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22485/1/TESIS%20LIA%20CRISTINA%20CAJAMARCA%20SACTA%20COMPLETA%20ESTA%200YA%20ESTA%20CALIFICADA.pdf>
9. BARRENO, Verónica. Estudio de factores que influyen la adherencia al tratamiento de anemia ferropenica en niños de 6 a 24 meses atendidos en el sub Centro de Salud de Cevallos [Tesis]. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2014. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en <http://repositorio.uta.edu.ec/.../1/Barreno%20Vargas%2C%20Verónica%20Maricela.pdf>
10. HUALCA, Martha. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba [Tesis]. Colombia: Universidad de los Andes; 2016. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3601>
11. MUNARES, O y GOMEZ, G. “Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú”. Artículo Original: REV BRAS EPIDEMIOL JUL-SET 2016; 19(3):539-553. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00539.pdf>
12. LUNA, Beatriz. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropenica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex

- Fundo Naranjal [Tesis]. Colombia: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4494/1/Luna\\_Guerrero\\_Beatriz\\_Veronica\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4494/1/Luna_Guerrero_Beatriz_Veronica_2014.pdf)
13. CARRION, Daniela. Factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses, establecimiento de Salud Acora I-4, Puno [Tesis]. Puno: Universidad Nacional de Antiplano-Puno; 2015. [Citado el 15 de agosto del 2017]. Disponible en [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/.../Carrion\\_Huanacuni\\_Daniela\\_Katherine.pdf?...1](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/.../Carrion_Huanacuni_Daniela_Katherine.pdf?...1)
14. ROJAS, Evelyn. Nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud sesquicentenario Callao – 2017 [Tesis]. Callao. Universidad Cesar Vallejo; 2016. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/158839>
15. SANTISTEBAN, Carmen y VALDIVIEZO, Alexia. Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 35 meses del Centro de Salud San Martín Lambayeque-2016. [Tesis]. Pimentel. Universidad Señor de Sipán; 2016. [Citado el 15 de agosto del 2017] Disponible en: <http://www.repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3054/5/Santisteban%20%20Valdiviezo.pdf>
16. OMS. Nutrición: Carencia de micronutrientes-2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>
17. OMS, Perú pone en marcha plan integral para reducir anemia infantil. Perú 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3839:peru-pone-en-marcha-plan-integral-para-reducir-anemia-infantil&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3839:peru-pone-en-marcha-plan-integral-para-reducir-anemia-infantil&Itemid=900)

18. VALERA, Jorge. Niños sanos, Enfermedades Infantiles, Alimentación y Nutrición Infantil. Agosto 2009. Pag.24.
19. GILO, Francisco. Anemia ferropénica infantil. Revista Puleva Salud Nuevos foros. 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=57767&TIPO\\_CONTENIDO=Articulo&ID\\_CATEGORIA=1073&ABRIR\\_SECCION=5&RUTA=1-5-7-1073#](http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=57767&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=1073&ABRIR_SECCION=5&RUTA=1-5-7-1073#)
20. MONTEAGUDO, E y FERRER, B. Deficiencia de hierro en la infancia (II). Etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento. Revista Pediátrica Nutrición Infantil. Acta Pediatr Esp.2010; 68(6):305-311. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/.../Guia%20prevención%20deficiencia%20de%20hierro%202014.p...>
21. ELVIRA B, LONGO E, AGUIRRE P, BRITOS S. Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Juvenil. 2001. Pag.5.
22. OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, OMS. 2011 ((WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)) [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin\\_es.pdf](http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf)
23. WILMA, Freire. La anemia por deficiencia de hierro, estrategias de la OMS para controlarlo. México: Revista Salud Pública 2014. Pág 54. [Citado el 20 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400212.pdf>
24. RESOLUCION MINISTERIAL N° 424-2017-DGIESP/MINSA. NTS N° 134-MINSA/2017 Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres estantes y puérperas.

25. Organización Mundial De La Salud. Nutrición: Alimentación Complementaria. 2017. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/global\\_strategy\\_iycf/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy_iycf/es/)
26. HUAYANEY, Dave. Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013 [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5476/1/Huayaney\\_pd.pdf](http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5476/1/Huayaney_pd.pdf)
27. HERNANDEZ, Eduardo. Zona Pediátrica: Anemia en el niño. Caracas-Venezuela 2009. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/anemia-en-el-nino.html?directory=711>
28. III Foro Diálogos Pfizer-Pacientes. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 2013 [Citado el 20 de Agosto del 2017]. Disponible en: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)
29. LAGO, Nelson. Adherencia al tratamiento- Responsabilidad de todos. Tendencias en Medicina. Mayo 2015. Año XXII N° 46: 99-109. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: [http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art\\_13.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf)
30. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. 2004. [Citado el 20 de agosto del 2017] Disponible en: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/.../WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
31. HERNÁNDEZ R, Fernández C, Bautista P. Metodología de la Investigación. 5ed. México McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. [Citado el 20 de Agosto del 2017]. Disponible en:

[http://www.academia.edu/6399195/Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_5ta\\_Edicion\\_Sampieri](http://www.academia.edu/6399195/Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion_Sampieri)

# ANEXOS

### ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicador
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> - ¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017? - ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017</p> <p><b>Objetivos específicos</b> - Determinar los factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017 - Identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.</p>	<p><b>Hipótesis General</b> El nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017 es no adherente.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> - Existen factores que influyen en el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017. - Existe adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que acuden al Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas – La Victoria Sector I, Chiclayo 2017.</p>	<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Factores relacionados con el cuidador del paciente</p>	Conocimiento del concepto de la anemia ferropénica
					Padecimiento de síntomas
					Conocimiento de las causas de la anemia ferropénica
					Conocimiento de las consecuencias de la anemia ferropénica
					Prevención
					Creencias de la anemia ferropénica
				<p>Factores relacionados con el tratamiento</p>	Tratamiento farmacológico
					Tratamiento no farmacológico
				<p>Factores relacionados con la prestación de los servicios de salud</p>	Educación
					Distribución del medicamento
					Seguimiento
					Trato del personal
<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>			
<p>Anemia ferropénica</p>	Leve	<p>Datos analíticos de anemia ferropénica</p>			
	Moderada				
	Grave				

## ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017”

**Objetivo:** El presente cuestionario se realiza con el fin de determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en niños menores de 3 que se atienden en el Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas.

DATOS GENERALES DEL NIÑO

1. **Edad:** ..... 2. **Sexo:** (M) (F)

DATOS DE LA MADRE

1. **Edad:**.....

**Instrucciones:** Se ha establecido un listado de preguntas las cuales debe responder marcando con un aspa “X” según crea conveniente. Considere lo siguiente:

**S** =Siempre  
**AV** =A veces  
**CN** =Casi Nunca  
**PV** =Pocas Veces

N°	ÍTEMS	S	AV	CN	PV
1	Usted sabe que es la anemia ferropénica.				
2	Usted sabe identificar los síntomas de la anemia ferropénica.				
3	Usted conoce las causas de la anemia ferropénica.				
4	Su niño tuvo alteraciones en el desarrollo psicomotor (lenguaje, capacidad motora, retardo del crecimiento)				
5	Usted conoce los suplementos que pueden prevenir la anemia ferropénica en los niños.				
6	Usted cree que al cumplir con la administración de los micronutrientes su niño estará sin anemia.				
7	Su niño recibió suplementos de hierro para la anemia ferropénica.				
8	Su niño toma el medicamento de la anemia todos los días.				
9	Su niño ha presentado problemas durante el tratamiento (estreñimiento y cambio de color en los dientes).				
10	Su niño consume alimentos de origen animal ricos en hierro (hígado, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado y otras).				
11	Da con frecuencia a su niño alimentos como: lentejas, frejoles, arvejas, habas, entre otros.				
12	La alimentación que su niño recibe es espesa y consistente.				
13	Acompaña la alimentación de su niño(a) con jugo de frutas, limonada y agua.				



14	Recibió información por parte del personal de salud sobre la alimentación y los cuidados para tratar la anemia.				
15	Las indicaciones que el personal de salud le brindo fueron fáciles de entender.				
16	Le entregaron correctamente los multimicronutrientes en la farmacia del Centro de Salud.				
17	El personal de salud le ha visitado a su casa para verificar si su niño está cumpliendo con su tratamiento.				
18	Usted acude a sus controles de CRED correspondientes en las citas programadas.				
19	Considera usted que la atención brindada por el personal de salud (enfermera) es rápida y buena.				
20	Recibió un buen trato por el personal que fue atendido.				

### Anemia Ferropénica

N°	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Cual fue el resultado en su último dosaje de hemoglobina de su niño.....	10,0-10,9 7,0-9,9 Menos de 7,0

**Gracias por su colaboración.**

**ANEXO 03: OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE  
EVALUACIÓN**

**DATOS GENERALES:**

<b>Apellido y Nombre del informante</b>	<b>Cargo o Institución donde labora</b>	<b>Nombre del instrumento</b>	<b>Autor del Instrumento</b>
<b>Título de la Investigación:</b>			

**I. ASPECTOS DE EVALUACIÓN:**

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE			
		00-20%				21-40%				41-60%				61-80%				81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																				
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																				
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación																				
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																				
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																				
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																				
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																				

8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones																			
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																			

**II. OPINIÓN DE APLICACIÓN:**

---



---

**III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	N° DE TELÉFONO

## ANEXO 04: VALIDACIONES



### OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

#### DATOS GENERALES:

Apellido y Nombre del informante	Cargo o Institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del Instrumento
Villegas Puentes Manuel Antonio	Coordinador de salud ORN - INPE	ENCUESTA	DANY DIAZ DELGADO
Título de la Investigación: "NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017"			

#### I. ASPECTOS DE EVALUACION:

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE			
		00-20%				21-40%				41-60%				61-80%				81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																	80			
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																			85	
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación																			85	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																			85	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																			90	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																			85	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																			90	

8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones																											85						
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																											90						

**II. OPINIÓN DE APLICACIÓN:**

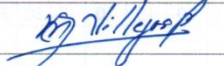
---



---

**III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

86%.

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	N° DE TELÉFONO
	17594707		947461549

CEP N° 22470



**UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

**DATOS GENERALES:**

Apellido y Nombre del informante	Cargo o Institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del Instrumento
BRITACRO MEDINA SALVANDY	SECRETARÍA DE LA VICEPRESIDENCIA DE ASESORIA A LA RECEPCIÓN E INVESTIGACIÓN - ENFERMEDAD ASISTENCIAL	ENCUESTA	DANY MERCEDES DÍAZ DELGADO
Título de la Investigación: "NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017"			

**I. ASPECTOS DE EVALUACION:**

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE 00-20%				REGULAR 21-40%				BUENO 41-60%				MUY BUENO 61-80%				EXCELENTE 81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																80				
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																80				
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación																80				
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																80				
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																80				
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																80				
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																80				

8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones																		80
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																		80

**II. OPINIÓN DE APLICACIÓN:**

---



---

**III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

80

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	N° DE TELÉFONO
2	86522322	 <small>GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO HOSPITAL DIOCESANAS MERCEDES Britaldo Medina Saldaña LIC. EN INGENIERÍA C.E.P.</small>	978063 842

**OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**
**DATOS GENERALES:**

Apellido y Nombre del informante	Cargo o Institución donde labora	Nombre del instrumento	Autor del Instrumento
Juan Carlos Marina Isabel	Enfermera - C.S MSV - La Victoria SI	ENCUESTA	DANY MERCEDES DÍAZ DELGADO
Título de la Investigación: "NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017"			

**I. ASPECTOS DE EVALUACION:**

CRITERIOS	INDICADORES	DEFICIENTE				REGULAR				BUENO				MUY BUENO				EXCELENTE			
		00-20%				21-40%				41-60%				61-80%				81-100%			
		0	6	11	16	21	28	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado											55									
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables																80				
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación																80				
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento																			81	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación																			81	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación																			81	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento																				95



8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones		95
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación		95

**II. OPINIÓN DE APLICACIÓN:**

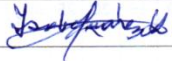
---



---

**III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

83%

LUGAR Y FECHA	DNI	FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE	N° DE TELÉFONO
Ch/22-1-18	16408849		971328230



## ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:**

**“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MANUEL SÁNCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA SECTOR I, CHICLAYO 2017”**

**Investigadora: Bachiller Dany Mercedes Díaz Delgado**

Yo ..... (Nombres ..... y  
Apellidos)..... con  
DNI..... Con..... años de edad.

Acepto brindar la información solicitada por la investigadora. La información recolectada será usada solamente con fines de investigación científica y la identidad no será rebelada. Gracias.

Por lo tanto acepto participar en la siguiente investigación.

Fecha y Hora: .....

Firma del participante:.....