

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**Conocimiento de las madres sobre la prevención de la
anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el
Centro de Salud de Chasquitambo – 2013**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería en
Salud Pública

AUTOR

Dave Maygge Huayaney Palma

ASESOR

Juana Durand Barreto

Lima - Perú

2016

**“CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE
LA ANEMIA FERROPENICA EN LA ESTRATEGIA DE CRED
EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO – 2013”**

A Dios por darme la oportunidad de poder alcanzar mis objetivos planteados en cada etapa de mi carrera y por iluminar mi camino.

A mis padres, hermanos y a toda mi familia por el constante apoyo, motivación y amor brindado durante toda mi formación como especialista.

A mi hija la razón de mi vida y ser la inspiración para seguir adelante, y a todas las personas importantes que con su espíritu de motivación, dedicación e incentivo contribuyeron en la culminación del presente trabajo de investigación. .

A las autoridades del Centro de Salud de Chasquitambo por las facilidades brindadas y a todos las madres que asisten al servicio de CRED por su valiosa colaboración en la culminación del presente trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8
1.5. Propósito	9
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Base Teórica	15
2.3. Definición Operacional de Términos	33
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	34
3.2. Lugar de estudio	34
3.3. Población de estudio	36
3.4. Criterios de selección	36
3.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	36
3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de la Información	36
3.7. Consideraciones Éticas	37
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	38
4.2. Discusión	41
CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones	50
5.3. Limitaciones	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos de las Madres sobre la Prevención de la Anemia Ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo 2013. Ancash – Perú. 2016.	
2	Conocimientos de las Madres sobre la Prevención de la Anemia Ferropénica en la estrategia de CRED según ítems en el Centro de Salud de Chasquitambo 2013. Ancash – Perú. 2016.	

RESUMEN

AUTOR : DAVE MAYGGE HUAYANEY PALMA

ASESOR : JUANA ELENA DURAND BARRETO

El **Objetivo** fue determinar los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo 2013. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100 % (80), 60% (48) conoce y 40% (32) no conoce. Los ítems que conocen 80% (64) refieren que el problema que presenta el niño durante el tratamiento es náuseas y vómito, 81% (65) la frecuencia con que se le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario, y 79% (63) los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; mientras que los ítems que no conocen 41% (33) cuando le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada, 40% (32) la frecuencia en que da al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana. **Conclusiones.** El mayor porcentaje de las madres conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina de la sangre, en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, y los alimentos de origen vegetal son las habas, lentejas y frijoles; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que durante el día el niño debe recibir 3 comidas al día, que los alimentos de origen animal son la sangrecita, bazo, bofe e hígado, la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos de las madres sobre prevención de la anemia ferropénica. Prevención de anemia ferropénica. Enfermería en Salud Pública.

SUMMARY

AUTHOR: DAVE MAYGGE HUAYANEY PALMA

ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

The objective was to determine the mothers' knowledge about the prevention of iron deficiency anemia in the CRED strategy at the Chasquitambo Health Center 2013. Material and Method. The study was of application level, quantitative type, descriptive cross - sectional method. The population consisted of 80 mothers. The technique was the survey and the instrument a questionnaire applied prior informed consent. Results. Of 100% (80), 60% (48) knows and 40% (32) do not know. The items that know 80% (64) refer that the problem that the child presents during treatment is nausea and vomiting, 81% (65) the frequency with which the medicine is given to treat his child's anemia is interdiary, and 79% (63) The signs and symptoms of a child with anemia are pale skin, do not want to eat and are very sleepy; While the items that do not know 41% (33) when given the medication to treat their child's anemia is accompanied by fruit juice, orange, lemonade, 40% (32) the frequency of giving the child liver, blood , Bofe, spleen, fish, red meats is 3 to more times per week. Conclusions. The greater percentage of mothers know that anemia is a disease that consists in the reduction of hemoglobin in the blood, in the prevention of iron deficiency anemia the child should be given primarily viscera and red meat, and foods of plant origin are Beans, lentils and beans; Followed by a considerable percentage of mothers who do not know that during the day the child should receive 3 meals a day, that foods of animal origin are the blood, spleen, bofe and liver, how often gives your child food like Lentils, pallares, beans, peas, beans is 3 to more times per week.

KEY WORDS: Knowledge of mothers on the prevention of iron deficiency anemia. Prevention of iron deficiency anemia. Nursing in Public Health.

PRESENTACION

La anemia ferropénica, es la deficiencia nutricional con mayor prevalencia a nivel mundial, y dada la alta de tasa de morbilidad es considerada un problema de salud pública que afecta sobre todo a niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil, siendo una de las principales causas el desequilibrio generado por la baja ingesta de hierro en la dieta, sea por desconocimiento de su biodisponibilidad, mala absorción o utilización de hierro e incumplimiento de las indicaciones recomendadas

La anemia ferropénica, puede ocasionar y/o producir deterioro en el desarrollo psicomotor y cognitivo del niño ya que afecta la formación del sistema nervioso central desde la etapa fetal, las cuales no podrán ser resueltos con posterioridad y las consecuencias en la edad adulta van a afectar negativamente la productividad de las personas cuando ingresan en el mercado laboral ·⁽¹⁾

El presente estudio titulado: “Conocimiento de las madres sobre la Prevención de Anemia Ferropénica que acuden a CRED en el Centro de Chasquitambo 2013”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo 2013. Con el propósito de proporcionar información actualizada al equipo de salud y profesional de enfermería a fin de que a partir de la reflexión de los hallazgos permita diseñar e implementar programas de educación para la salud dirigida a las madres y la población con estrategias orientadas a promover la adopción de una cultura de la prevención y conductas saludables, promoviendo la participación activa y consciente para mejorar la salud del niño.

El estudio consta de; Capitulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que comprende el nivel y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capitulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, India, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia, No presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos. ⁽²⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, el 15% de la población mundial; es decir de 500 a 600 millones de personas, padece anemia ferropénica. La prevalencia de este tipo de anemia en niños pre-escolares es alrededor del 10 % en países desarrollados y un 51 % en países en vías de desarrollo. Esta situación de salud infantil es un problema alarmante, que se hace cada vez más evidente en los países subdesarrollados de América Latina y el Caribe, siendo el Perú el país con la mayor prevalencia de anemia con el 57% de los casos de todo Latinoamérica . Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses, a nivel nacional es de 57.1%; del cual, en la zona urbana la prevalencia es de 52.3% y en la zona rural de 68.9%. En la ciudad de Lima la prevalencia de

anemia es de 47%. Los grupos etáreos más afectados son los lactantes y pre escolares, porque se encuentran en un período de crecimiento y desarrollo rápido. ⁽³⁾

La situación de anemia a nivel de latino América y el Caribe se encuentran en países como Haití con el porcentaje más alto 65.8%, encontrándose el Perú en tercer lugar con un 50.4% de porcentaje 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 Publica en el país. ⁽⁴⁾

En el Perú, 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%). Según la ENDES 2009 y la ENDES 2011, 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. Según región natural, la ENDES 2011 primer semestre ratifica que la prevalencia de la anemia es mayor en la sierra (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 2009 y la ENDES 2011 primer semestre, 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%). ⁽⁵⁾

Sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos la prevalencia según grupo atareo, así, tenemos que afecta 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.⁽⁶⁾

Esta situación descrita es más evidente en las zonas urbano-marginales debido al proceso de migración del campo a la ciudad, donde los pobladores traen consigo ciertos patrones culturales provenientes de diversas zonas o regiones de nuestro país, lo cual repercute en las formas de criar y alimentar al niño menor de 5 años. Por lo que, si no se toman las medidas necesarias para favorecer la salud del niño y no se revierte a tiempo la anemia, puede tener consecuencias funcionales en el niño, tales como: retardo del crecimiento, alteración del desarrollo psicomotor y desarrollo intelectual, probablemente irreversible ⁽⁷⁾.

La prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre en niños de 6 y 17 meses de edad, lo que significa que una importante proporción de nuestros niños van a tener problemas en su desarrollo psicomotor y cognitivo. ⁽⁸⁾ Al nacer, el niño lleva una reserva de hierro, que es transmitida por la madre, para compensar la cantidad aportada por la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. A partir de esta edad, el niño va complementar el aporte de hierro con

una alimentación balanceada. Por lo tanto la presencia de anemia por carencia de hierro, en la mayoría de los casos es por diversos factores.

Según datos del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Nutrición, en el Perú solo el 3.8% de niños con anemia cumple el tratamiento de 6 a más veces por semana; el 22.2% de niños menores de 36 meses reciben una alimentación complementaria acorde al esquema del MINSA; y el 56.8% de niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva.⁽⁹⁾

Casas Castro, Vilma en su investigación “Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en niños de 6- 24 meses y factores asociados C.S.M.I Tahuantinsuyo Bajo” (2010), menciona que la razón por la que muy pocos niños son adherentes al tratamiento, responde a diversos factores que están relacionados a efectos secundarios al tratamiento farmacológico, desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, atención inoportuna; entre otras fueron las razones que conllevaron a la no adherencia al tratamiento.⁽¹⁰⁾

En el Centro de Salud “Chasquitambo”- Provincia de Bolognesi; Departamento de Ancash, según datos estadísticos del Centro de Salud, aproximadamente en el 50% de niños menores de 5 años atendidos en el consultorio de CRED, son diagnosticados con la enfermedad de anemia, ya que son datos estadísticos, según los controles de examen de hemoglobina. La enfermera brinda consejería integral personalizada a las madres que acuden al control periódico de sus niños sobre la prevención de anemia, en un breve tiempo de 5 a 10 minutos; empleando la técnica expositiva, en su mayor parte de manera oral y sin uso de materiales visuales, con escasa oportunidad de participación de las madres, convirtiéndose en seres pasivos. Sin

embargo no se ha obtenido los resultados esperados; toda vez que las estadísticas de los casos de anemia en este centro de salud siguen teniendo el mismo comportamiento.

Al interactuar con las madres de familia refieren: “no le doy la medicina por que se estriñe”, será por la medicina que los dientes se están manchando de marrón”, “no tengo plata para comprar la vitamina”, “mi hijo vomita la vitamina”, “me olvido de darle la vitamina todos los días”, “solo le di un mes”, “a mi niño no le gusta la sangrecita”, “mi esposo no quiere que comamos carne”, “al niño le da asco la sangrecita”, “en mi casa lo que comemos más es la sopa”, “la espinaca es buena contra la anemia”, “no sé qué darle a mi hijo, que alimentos tienen hierro” “el doctor me dijo que no le diera la vitamina si mi hijo está enfermo con tos o diarrea”, “porqué es importante darle hierro a mi niño.”, “el pescado le provoca alergia y puede causar infección de las heridas”; “la menestra le afloja el estómago”, “la betarraga es buena para prevenir la anemia”, “no me alcanza para hacer mi segundo...solo hago sopa de huesos...el caldo de hueso es muy nutritivo”, entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre la prevención de la Anemia Ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED en el centro de Salud de Chasquitambo - Ancash 2013?

1.3. JUSTIFICACION

Dada la alta incidencia de la anemia infantil en nuestro país, que.....

Afecta sobre todo a niños menores de 5 años; trae como consecuencia efectos adversos irreversibles en el desarrollo, disminuyendo el desarrollo motor y la actividad física en el niño, que puede dejar una secuela funcional caracterizada principalmente por un menor rendimiento escolar en comparación a niños que no han sido anémicos, aumentando la repitencia en los niños en edad escolar. De modo que la enfermera que trabaja en el primer nivel de atención dentro de las actividades de promoción y prevención que desarrolla debe enfatizar en la consejería integral, previa identificación de los factores de riesgo actividades orientadas a promover la adopción de una cultura de prevención a través de las 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.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED según ítems en el Centro de Salud de Chasquitambo.

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades del Centro de Salud, así como al Jefe de Enfermeras que laboran en el CRED, a fin de que reflexionen sobre los hallazgos y le permita diseñar estrategias y/o programas de educación para la salud dirigida a las madres y la población con estrategias orientadas a promover la adopción de una cultura de la prevención y conductas saludables, promoviendo la participación activa y consciente sobre la prevención de la anemia ferropénica para mejorar la salud del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Luego de haber realizado la revisión de trabajos de investigación se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

A nivel nacional

Gómez Laureano Betty, y Montano Lobatón Maricela; en Lima, el 2006, realizaron un estudio sobre: “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Essalud-SJL-Lima”; el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de Pediatría. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y la técnica la encuesta. Las conclusiones fueron entre otras, que; *“el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria es alto en madres con grado de instrucción superior y el inicio de la alimentación complementaria en su mayoría se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad. El 88.2% de las madres identifican al pescado como alimentos que contienen alto porcentaje de hierro, y el 79.5% consideran que se debe de dar suplementos de sulfato de hierro al lactante”*. (11).

Casas Castro, Vilma Liliana de La Merced, el 2010, en Lima; realizó un estudio sobre: “Adherencia al Tratamiento de Anemia Ferropénica en Niños de 6 a 24 Meses y Factores Asociados C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo”. El objetivo fue determinar la adherencia y los factores asociados a la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por 50 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Entre las conclusiones tenemos que; *“la no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S “Tahuantinsuyo Bajo”, evidenciándose el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético. Los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento; desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento; atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención”.*⁽¹²⁾.

Márquez León, Julia Esperanza, el 2007, en Lima; realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud de Micaela Bastidas. El estudio

es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por 112 madres, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. La conclusión fueron entre otros que; *“el 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que limitando que las madres tomen una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia. De 112 (100%) de madres, 77 (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. De 112 (100%) de madres, 74 (66.07%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Del (100%) de madres, 97 (84.82%) (suma del conocimiento medio y bajo) de madres, tienen conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso⁽¹³⁾.”*

A nivel internacional

Merino Almaraz, Vania Nohelia; Lozano Beltrán, Daniel Franz; Torrico Faustino; el 2010, en Bolivia, realizaron un estudio sobre: “Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo”. El objetivo fue determinar el nivel de adherencia a la prescripción durante los controles prenatales y los factores que influyen en la falta de adherencia. El diseño del estudio es caso control. La población estuvo conformada por gestantes del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi de Cochabamba, la muestra para los casos fue de 135 pacientes y para control 47. El instrumento utilizado fue un instrumento. La conclusión entre otros fueron que; *“se debe fortalecer*

la relación médico paciente en especial en lo referido a las indicaciones que se da a la paciente para la toma de la medicación y los efectos adversos que pueden ocurrir adaptados al grado de educación y los aspectos culturales de la mujer embarazada para lograr un mejor efecto sobre la prevención de las anemias con el uso de sulfato ferroso. Las mujeres que no tuvieron estudios de secundaria o superior, muestran tener una mala adherencia. Lo cual concuerda con la literatura donde se afirma que uno de los factores que influye en la adherencia a un tratamiento es el nivel de escolaridad. Una baja escolaridad está relacionada a muchos aspectos que incluye la falta de comprensión adecuada de las indicaciones médicas, las razones y beneficios de la suplementación con sulfato ferroso y quizá otros aspectos culturales que disminuyen en conjunto la adherencia al tratamiento ⁽¹⁴⁾.

Figuroa Pineda, Claudia Lucía, el 2010, en Colombia; realizo un estudio sobre: “Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga”. El objetivo fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud Bucaramanga. El método fue descriptivo observacional analítico de corte trasversal. La población estuvo conformada por 2061 pacientes con diabetes tipo 2 y la muestra estuvo conformada por 403, la técnica fue una encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones entre otros fueron qué; *“existe una alta no adherencia al tratamiento de diabetes en la población estudiada, de más del 60% determinada principalmente por los factores clínicos tales como; no uso o mal uso de la terapia farmacológica, dietaría y diabetes de más de 10 años. Sin embargo,*

otros factores independientes asociados a la no adherencia, como estilo de vida de alto riesgo, asistir a veces acompañado a la consulta, vivir solo con el cónyuge, estar desempleado, y tener inadecuada percepción de la atención y orientación en el tratamiento”⁽¹⁵⁾.

Escalante Izeta, Ericka; Bonvecchio Anabelle; Theodore Florence; Nava, Fernanda; Villanueva María Ángeles; Rivera Dommarco, Juan Ángel; el 2000, en México; realizaron un estudio sobre: “Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades”; cuyo objetivo fue determinar y explorar los factores socioculturales que facilitan u obstaculizan el consumo recomendado de un complemento alimenticio (CA) repartido en todo el país como parte del Programa Oportunidades en niños de 6 a 59 meses de edad. El estudio es de tipo cualitativo, método descriptivo, la población estuvo conformada por las comunidades rurales de los estados de Chiapas y Veracruz, la muestra fue de 30 madres, el instrumento fue la entrevista. La conclusión a que llegaron los autores entre otras fueron: *“la representación materna de la alimentación infantil se basa en la propia experiencia de las madres con sus hijos. Éstas mencionaron que los niños bien alimentados son aquellos que están saludables, corren, juegan, se ven robustos, son alegres y fuertes. Estas características se identificaron también como beneficios aportados por el CA, además de la mejoría de la inteligencia y el aumento de peso. Las madres refirieron que el CA tiene vitaminas (concepto entendido como positivo dentro de la alimentación en general) y evita enfermedades”⁽¹⁶⁾.*

Por lo expuesto podemos evidenciar que hay estudios relacionados al tema, los cuales han permitido estructurar la base teórica y la metodología; siendo importante realizar el estudio a fin de que a partir de los hallazgos permita diseñar e implementar un programa de

educación para la salud a fin de promover la adopción de una cultura de prevención, y los estilos de vida saludable destinado a disminuir el riesgo a contraer la anemia y disminuir el riesgo a complicaciones que puedan alterar el crecimiento y desarrollo normal del niño.

2.2. BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE LA ANEMIA FERROPENICA

La anemia ferropénica es una afección que se caracteriza por un descenso de los depósitos de hierro orgánicos provocando una reducción del número de hematíes o glóbulos rojos que suministran oxígeno a todas las células del organismo, y el hierro es un mineral imprescindible para el transporte del oxígeno. Por este motivo cuando existe una anemia suele aparecer cansancio, fatiga, debilidad y palidez entre otros.

La carencia de micronutrientes, especialmente de hierro, no es ajena a nuestra realidad; ya que en nuestro país la prevalencia supera el 50%; agravándose cada vez más debido al incremento progresivo del costo de vida y la dificultad para la adquisición de alimentos de valor nutritivo. Este problema de alimentación infantil en el Perú se inicia a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 o 3 veces al día. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo.

El hierro es un elemento esencial para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La carencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo.

La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro, tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas. De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel debe implementar un programa de sesiones demostrativas orientado a facilitar el incremento de conocimientos de las madres con la finalidad de prevenir enfermedades nutricionales. ⁽¹⁷⁾

CAUSAS DE LA ANEMIA

Dentro de las causas de la anemia ferropénica tenemos:

- Un ingreso insuficiente de hierro en el organismo debido a la falta de aporte del mismo en los alimentos, porque una dieta si es equilibrada, contiene 6mg de hierro, 100ca, especialmente si contiene carne o pescado, fuentes del grupo Hem que es muy absorbido, o por el predominio de cereales, legumbres y verduras, en donde la biodisponibilidad el metal sea baja. Este aumento del consumo de hierro tiene lugar durante el periodo de crecimiento por el aumento de masa de sangre y de los tejidos sólidos.

- Eliminación excesiva de hierro, las pérdidas obligadas de hierro son del orden de 1mg-día y las adicionales en las mujeres durante el periodo de actividad gonadal de 0.5-1 mg más por las hemorragias menstruales, embarazo y lactancia. Por ello, la ferropenia es mucho más frecuente en las mujeres y en este periodo de su vida las pérdidas patológicas de hierro generalmente son por hemorragias pequeñas y repetidas, conocidas como ocultas porque no son descubiertas a simple vista. Estas hemorragias pueden ser compensadas con un discreto incremento de la eritropoyesis y no tendrían trascendencia si no fuera porque supone la eliminación del hierro de la hemoglobina de los hematíes vertidos al exterior. Y hay que tener en cuenta que una pérdida de hematíes vertidos al exterior aparentemente, por ejemplo 1 ml, significa la eliminación de 1mg de hierro, que si es diaria a la larga puede producir a una depleción importante, las fuentes más frecuentes de estas hemorragias ocultas son ulcerosas del aparato digestivo y del genital femenino.
- Aumento de requerimiento debido al crecimiento, sobre todo, en el menor de dos años. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen sin menores depósitos de hierro. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta. Niños de estratos socioeconómicos bajos, parasitosis intestinal, uncinarias, amebas, guardias es una de las causas que ocasionan pérdida de hierro. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima.

- Otra causa del déficit de hierro se encuentra en la mala absorción digestiva del mismo. Esto ocurre en algunas enfermedades menos frecuentes como son la enfermedad celiaca, atrofia intestinal por intolerancia al gluten, la enfermedad de Crohn , enfermedad inflamatoria del intestino o la aclorhidria, deficiente secreciones de jugo ácido – péptico por el estómago , así como en algunos pacientes gastrectomizados .

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, a un de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses.

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplemento de hierro, hasta cerca de dos años de edad. ⁽¹⁸⁾.

FISIOPATOLOGIA DE LA ANEMIA.

Para mantener una oxigenación tisular adecuada y un equilibrio ácido base normal, se precisa un número adecuado de hematíes. El hematíe maduro es un disco bicóncavo a nuclear que se mueve libremente a lo largo de la circulación sanguínea y es capaz de atravesar la microcirculación. Para que los hematíes permanezcan en la circulación a lo largo de su vida media completa, necesitan tener tamaño y forma específica.

La producción de hematíes se da en una serie de etapas de maduración que comienza a partir de una célula pluripotente que se diferencia en precursores eritroides. Cuando las células sufren los cambios madurativos, pierden su núcleo y adquieren hemoglobina como componente. La producción de hematíes está bajo la influencia de la eritropoyetina, una hormona glicoproteína, que induce el paso de los precursores eritroides de la medula ósea en hematíes. En el feto, se produce en el sistema monocito-macrófagos del hígado. Tras el nacimiento, se sintetiza en las células peritubulares del riñón. La vida media del hematíe es de unos 120 días de media. Cuando los hematíes han terminado su vida normal, son secuestrados y destruidos en el bazo. El hierro liberado se recicla para uso por la medula ósea en la producción de otros hematíes.

La molécula de hemoglobina es un complejo tetramérico proteína – heme que contiene dos pares de cadenas polipeptídicas similares, las de tipo alfa que contienen 141 aminoácidos.

La anemia conceptualmente refleja una alteración del balance entre producción y destrucción de hematíes y puede ser debida a tres mecanismos.

1. Destrucción aumentada de hematíes,
2. Pérdida de la circulación,
3. Producción insuficiente de hematíes. ⁽¹⁹⁾.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

La anemia ferropénica suele tener una forma de evolución crónica, de manera que, por lo general, el organismo va teniendo tiempo para ir

poniendo en juego ciertos mecanismos compensatorios de la anemia que impiden que el problema se muestre de modo evidente desde el principio. Por ello, los síntomas de este tipo de la anemia no suele aparecer en la persona hasta que el nivel de hemoglobina no es muy bajo, de 9d/dl o menos, cuando el nivel normal es superior a 11g/dl en cualquiera persona.

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebral es, mucosas orales, lechos úngeles y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. 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.⁽²⁰⁾

DIAGNÓSTICO

Realizar primeramente una exhaustica historia clínica, 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, realizar el examen físico que nos revelara los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentraciones de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones

crónicas por ejemplo, su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierros deficientes. La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varia con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud residencia del sujeto. Se puede medir ya sea en un hemoglobinometro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cionometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determina la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Para niños menor de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33%.

El hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Examen de heces, examen de orina, así como pruebas más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de trasferinas. ⁽²¹⁾

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA.

La presencia de una anemia ferropénica indica, no solo un déficit de hierro hemoglobínico circulante, sino también un total agotamiento de todas las reserva de hierro, presentándose en un momento de crecimiento y de volemia en expansión de la mera institución de una ingestión normal es insuficiente para reponer totalmente todas las reservas. La adicional administración terapéutica de hierra es esencial por lo que el objetivo debe consistir, no solo, en corregir la anemia sino

también en proporcionar adecuadas reservas de hierro para satisfacer futuras demandas. Teniendo en cuenta este último objetivo, la administración oral de hierro medicinal debe prolongarse durante aproximadamente 3 meses.

La ferropenia oral es preferible a la ferroterapia, a menos que la intolerancia por parte del paciente o la falta de cooperación de los padres conviertan la vía oral en poco fiable. No existe evidencia de que la tasa de respuesta de la hemoglobina sea mayor con el hierro parenteral.

El hierro ferroso es más eficaz que el férrico. La dosificación de los preparados debe ser considerada en términos de mg de hierro elemental por día. Solo los compuestos de hierro de eficacia conocida deben ser empleados ya que han sido lanzados al mercado preparados de buen sabor, pero ineficientes. Una dosis de hierro oral elemental de 4.5 o 6 mg/kg/día repartida en tres tomas es adecuada para el tratamiento de deficiencia de hierro establecida. La absorción porcentual disminuye por encima de esta dosis, no obteniéndose ventaja alguna administración dosis mayores.

La administración profiláctica de hierro implica dosis menores que las administradas con fines terapéuticos. El preparado oral más sencillo es el sulfato ferroso que puede administrarse en solución para lactantes o en tabletas para niños más grandes.

El tratamiento se prolongara tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente.

Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vomito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomienda que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis a la mitad y luego aumentar a los 15 días.

En los casos de anemia severa y sobre todo acompañado de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrados de globulosa rojos. ⁽²²⁾

EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO O DIETÉTICO:

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 ⁽²³⁾. 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 (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales;

entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¼ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. 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

Los suplementos de hierro pueden causar constipación, por lo tanto es conveniente que agregue, a su dieta, alimentos ricos en fibra como frutas, vegetales, granos enteros y beba abundante cantidad de líquidos. El hierro de fuente animal es más fácil de absorber, para el cuerpo, que el de origen vegetal. Incluir alimentos con vitamina C, o suplementos, ayuda al cuerpo a absorber y utilizar mejor, el hierro de origen vegetal. Los alimentos cocinados en cacerolas de hierro son, también, una fuente de hierro. El calcio puede interferir con la absorción del hierro, por lo tanto, para minimizar este efecto, no consuma leche o suplementos de calcio con sus comidas o al mismo tiempo que consuma el suplemento de hierro. ⁽²⁴⁾

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL NIÑO.

Desde el momento en que el balance externo es negativo por superar la suma de consumo y eliminación ingreso, comienza a movilizarse el hierro de los dispositivos para mantener normal la siderema y .Con ella, la provisión de las células que sintetizan los compuestos de hierro. De esta forma se pasa por varias fases sucesivas que han sido denominados de diversas formas. Esta fases son tres, la de ferropenia pre latente o de depleción de los depósitos, en la que se vacían

progresivamente estos, la ferropenia latente, larvada o de eritropoyesis ferropénica, en la que ya es insuficiente la provisión a las células que precisan hierro, aunque sin anemia, y la de ferropenia manifiestas, en la que disminuye la concentración de hemoglobina como hemos adelantado, las consecuencias patológicas del déficit de hierro son la ferropénica hemática y la ferropenia histica, a la que dedicaremos más atención por ser menos conocidas y , en cierto modo, específica de la deficiencia de hierro, ya que el síndrome anémico es común a todas las anemias. Los efectos son no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a al inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis. ⁽²⁵⁾

PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA.

Dentro de las medidas que se debe tomar para prevenir la anemia ferropénica tenemos:

- Promoción de la lactancia materna hasta los 6 primeros meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario completamente con otros alimentos, siendo recomendado introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, esta práctica enseñara al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores.
- Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantar, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos

se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la leche materna. Esta puede continuar hasta los 12 meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.

- Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contienen una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna.
- La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino – ácido y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes. Las deficiencias de amino ácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo, combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importantes incluir producto animal a fin de asegurar un adecuado crecimiento.
- La relación de energía a proteína y la composición de las vitaminas y minerales, conocidas como la calidad de la dieta, es especialmente crítica en esta etapa , se recomienda que un mínimo de 10% de la energía provenga de la proteína, para que haya un óptimo de la proteína y ósea suficiente para el crecimiento. Si la cantidad de proteína es muy alta mayor 15 % por ejemplo, el organismo lo utilizara para generar energía y no para su función proteica. La grasa es otro importante elemento en la dieta y permite aumentar el contenido de energía sin aumentar el volumen. En preparaciones a la porción de puré para el niño contribuye a ello la dieta de la alimentación

complementaria debe ser suficiente minerales y vitaminas en forma disponible para el cuerpo. En algunos casos, los productos animales, permiten una mayor biodisponibilidad de varios de estos micronutrientes que las fuentes vegetales, por lo cual es importante incluir una pequeña porción de un producto animal.

El consumo de varios micronutrientes en las dietas de los niños de nuestra población es deficiente, dentro de ellos están el hierro, calcio, zinc, yodo y en algunos lugares, vitaminas A, estas deficiencias influyen negativamente en el crecimiento, el apetito o la susceptibilidad del niño a enfermarse.

Ciertos alimentos procesados facilitan la disponibilidad de estos nutrientes al cuerpo. Los niños pequeños tienen mayor dificultad para digerir algunos granos, como por ejemplo, la quinua en grano. En estos casos es preferible la utilización de harinas de quinua o de hojuelas.

Para que el niño satisfaga sus requerimientos nutricionales, es necesario que coma varias veces al día, además de las preparaciones ya mencionadas se puedan ofrecer entre comidas nutritivas como pan, galletas o frutas.

Cuando se recomienda un alimento para el destete, hay que tomar en consideración las percepciones de la madre ante la alimentación de su hijo. Algunos criterios importantes son que la madre considere la preparación como nutritiva y que su hijo pequeño la pueda pasar con facilidad. Otro aspecto importante es la facilidad con la cual la madre la pueda preparar.

A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes se le debe dar alimentos más sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

La madre debe usar alimentos que estén al alcance económico de la familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes. En general, se puede dar a los niños los alimentos que forman parte de la dieta del resto de la familia, pero teniendo en mente las consideraciones que se hacen a continuación.

Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas. Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores, tales como, el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos tales como, harinas, y mezclas vegetales, que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.

El contenido de fibra, flatos taninos y otros compuestos pueden interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes. El tipo de cocción en el hogar y el procesamiento industrial como la pre cocción, extracción y tostado, destruyen los factores anti nutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones. Después de los cuatro meses de edad se puede empezar a dar productos lácteos y carnes de aves, res y cerdo. Es mejor posponer hasta los ocho meses de edad los alimentos de origen animal que son potencialmente más antigénicos, como la clara de huevo y el pescado. Sin embargo estos

alimentos se pueden introducir a una edad más temprana en la dieta de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional. Además de ser una excelente fuente de proteínas las carnes aportan hierro hémico, que es fácilmente absorbido, zinc y ácidos grasos esenciales. Además favorecen la absorción del hierro inorgánico que se encuentra en los alimentos vegetales que son ingeridos junto con la carne. Este aumento en la absorción también ocurre cuando se ingiere alimentos que contienen vitamina C junto con alimentos que contienen hierro inorgánico. Se debe evitar para reducir el riesgo de metahemoglobina, como consecuencia de la producción de nitritos a partir de nitrosos contenidos en esos alimentos.

Tratamiento de las enteroparasitosis y desparasitación en áreas endémicas. Promover la suplementación a través de micronutrientes en niños y niñas nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, se prescribe de 1 a 2 mg de hierro elemental/kg de peso/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. En niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros, se prescribe de 2 a 4 mg de hierro elemental/kg de peso/día, por vía oral, en soluciones orales, desde el primer mes de edad, durante 11 meses continuo.

Promover la suplementación con hierro en gestantes a partir del cuarto mes del embarazo hasta el segundo mes de post parto. Las recomendaciones diarias de consumo de hierro varían según la edad, sexo, estado fisiológico, embarazo, lactancia de las personas, y depende del tipo de alimentación. Los requerimientos de hierro absorbido son especialmente altos en los niños y en las embarazadas.

Los niños menores de 1 año requieren 0.77mg/día y las embarazadas hasta 6mg/día, que se cubren con consumo de 10 y 30 mg de hierro al día. Estas necesidades no pueden ser cubiertas por la alimentación debido a que el niño hasta los 6 meses de edad depende exclusivamente de la leche materna. Por ello requiere de suplementación.

La fortificación de los alimentos con hierro es la forma más práctica de prevenir la carencia de hierro. Su principal ventaja es que el consumo de estos productos no requiere de una conducta activa del sujeto. Para su implementación se debe seleccionar un alimento. Ejemplo. Harina y derivados.

- . Promover buen saneamiento básico.
- . Promover la participación comunitaria. ⁽²⁶⁾

PROBLEMÁTICA SOBRE LA ANEMIA INFANTIL

La prevalencia mundial de la anemia y el número de personas afectadas a nivel mundial es de 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones). La OMS en el año 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú,

Brasil, Bolivia y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, India, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia, No presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos ⁽²⁷⁾.

Una proporción significativa de la población mundial presenta carencias de minerales y vitaminas, a los que comúnmente se designa como micronutrientes. Aunque algunas de las consecuencias clínicas obvias de la malnutrición de micronutrientes han sido conocidas por largo tiempo, sólo recientemente se han comprobado las dimensiones globales y el amplio espectro de consecuencias adversas de las deficiencias aun en las leves de micronutrientes sobre el desarrollo físico y mental, la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad. Desde 1990, el compromiso político de reducir y controlar las carencias de los principales micronutrientes ha estado presente en la agenda de numerosas reuniones mundiales ⁽²⁸⁾.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a criterios de la OMS y su gravedad se estratificó del siguiente modo: severo (<7 g/dl); moderada (de 7 a 9 g/dl); y leve (> 9 a 11 g/ dl); considerándose normales las concentraciones de hemoglobina de 12 g/dl o mayores y estos datos se dan a nivel del mar como en Lima, para nuestra localidad que se encuentra a 3400 m.s.n.m. se produce la hipoxia y aumentó de la concentración de la hemoglobina dando un valor promedio para niños de 4 a 6 años de 13.41 gr/dl. Y considerando menores a estos anémicos. ⁽²⁹⁾.

ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA

La enfermería en salud pública es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se encuentra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial y desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a si mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. La enfermera abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos y sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

La labor del personal de enfermería en la Atención Primaria Salud, están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital. La enfermera en el primer nivel de atención asume el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en la etapa de vida Niño, ya que es responsable de brindar atención integral en esta etapa. Por tal motivo, es ella quien está la mayor parte del tiempo en contacto directo con las madres de familia; teniendo el compromiso de identificar los factores que influyen en la prevención del tratamiento de anemia ferropénica y establecer estrategias para favorecer que todos los niños terminen el tratamiento; asimismo identificar el nivel de conocimiento que poseen las mismas; a fin de implementar actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje a

través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan a las madres de familia a construir el conocimiento basado en la información. Por lo expuesto, el rol de la enfermera reviste gran importancia en el rol educativo para el cumplimiento del régimen terapéutico y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo y de fácil accesibilidad.

Una buena administración del tratamiento y educación nutricional permitirá a la madre utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño en la comunidad, el rol de la enfermera está dirigido a la familia, principalmente a las madres y cuidadores de los niños, quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración del tratamiento y el consumo de una dieta rica en hierro.

2.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Conocimientos de las Madres sobre la Prevención de Anemia en la estrategia de CRED: Es la respuesta expresada por la madre acerca de toda aquella información que refiere poseer sobre las diferentes formas que puede aplicar para evitar que adquiera la anemia el niño que asiste a la estrategia de CRED; en torno a la alimentación, para recuperar, conservar y mantener la salud, con la finalidad de disminuir los riesgos. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio es de nivel aplicativo, ya que se originó en la realidad para modificarla; tipo cuantitativo, en razón a que se asignó un valor numérico a la variable de estudio; método descriptivo de corte transversal ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Chasquitambo, ubicado en el distrito de Colquioc, Provincia de Bolognesi, Departamento de Ancash perteneciente a la Red de Salud Huaylas Sur Micro red Chasquitambo correspondiente a la Dirección de Salud de Ancash. Es un establecimiento de Salud de primer nivel de atención Categoría I-3 que brinda atención diaria de 24 horas en ambos turnos de 8-2pm y 2-8pm. Los servicios que presta son en Medicina General, Odontología, Planificación Familiar, Obstetricia, Servicio Social, Laboratorio, Farmacia y Enfermería que tiene a cargo la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, el programa de Control y Crecimiento de Niño Sano y Adolescente y Epidemiología.

El C.S Chasquitambo, está conformado por, el equipo de salud: 2 médicos, 2 enfermeras, 1 obstetras, 1 odontólogos, 1 tecnólogo Médico, 8 técnicos asistenciales y 1 técnico administrativo.

El Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano, es un componente del paquete de atención integral del niño. Esta unidad está a cargo de dos Licenciados en Enfermería, atendiendo en ambos turnos mañana y tarde respectivamente de lunes a sábado. Se tiene una cobertura de atención de 10 niños como promedio por día, de los cuales 1 o 2 tienen el diagnóstico de anemia.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por todas las madres con niños menores de 3 años que asisten a la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para que se lleve a cabo los respectivos controles tomando como referencia el promedio mensual de madres que acuden a dicho consultorio, que son aproximadamente 248.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.1, obteniéndose una muestra de 69 madres. (Anexo E).

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

3.5.1. Los criterios de Inclusión son:

- Madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo y pertenecen a la jurisdicción.

- Madres de niños menores de 3 años que hablen castellano y sepan leer y escribir.
- Madres de niños menores de 3 años que acepten participar en el estudio.

3.5.2. Los criterios de exclusión son:

- Madres que tengan limitaciones para la comunicación.
- Madres con algún trastorno mental.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario; el cual consta de presentación, datos generales, instrucción, y datos específicos. (Anexo B). El mismo que fue sometido a juicio de expertos, siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D). Posteriormente luego de realizar los ajustes al instrumento se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test coeficiente de correlación de Pearson en el cual la $r > 0.2$ los ítems son válidos (Anexo H) y la confiabilidad estadística mediante la prueba de e Kuder de Richardson, para lo cual se obtendrá un valor > 0.05 (Anexo I)

3.7. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN

Para implementar el estudio se llevó a cabo el trámite administrativo a través de un oficio dirigido al Director de la Red de Salud Huaylas Sur Micro red Chasquitambo con copia al Médico Jefe del Centro de Salud de Chasquitambo, con la finalidad de obtener la autorización

respectiva. Luego se realizaron las coordinaciones con la enfermera responsable de la estrategia de CRED para establecer el cronograma de recolección de datos considerando aproximadamente de 15 a 20 minutos para la aplicación al sujeto de estudio previo consentimiento informado. Posterior a la recolección de datos; éstos fueron procesados mediante el paquete de Excell 2010 previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo F) y Tabla Matriz de Datos (Anexo G).

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para ser analizados e interpretados de acuerdo al marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, el promedio aritmético, la frecuencia absoluta, y porcentajes; valorando la variable en conoce y no conoce. (Anexo J).

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar el estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado del sujeto de estudio. Se tuvo en consideración los principios éticos y la Declaración de Helsinki, el respeto a la autonomía del participante, la confidencialidad y privacidad de la información mediante el anonimato. (Anexo C).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados, siendo presentado los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación correspondiente considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

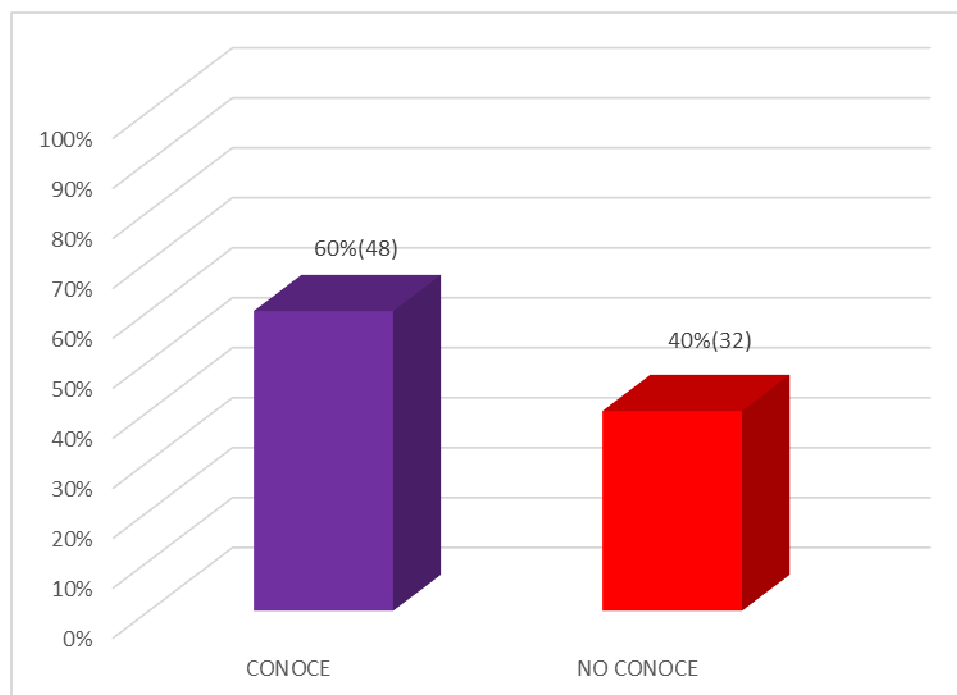
Sobre los datos generales del 100% (80) madres de familias, 44% (35) tienen de 31 a 40 años, 31% (25) de 41 a 50 años, 19% (15) de 21 a 30 años, y 6% (5) entre 51 a 60 años; 63% (50) son convivientes, 25% (20) son casadas, 6% (5) son solteras y 6% (5) viudas; 88% (70) tienen secundaria, 6% (5) primaria y 6% (5) superior; 38% (30) son amas de casa, 31% (25) son comerciantes, 19% (15) trabajan en casa y 13% (10) son profesionales; 63% (50) proviene de la sierra, 25% (20) de la costa y 12% (10) de la selva. (Anexo K)

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de las madres son adultas jóvenes y maduras ya que sus edades oscilan entre 21 a 50 años, son convivientes y casadas, tienen educación secundaria, son amas de casa, comerciante y trabajan en casa y proceden de la sierra y costa.

Respecto a los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo del 100% (80), 60% (48) conocen y 40% (32) no conocen. (Gráfico N° 1, Anexo L). Los

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO ANCASH 2013 ANCASH – PERÚ 2016

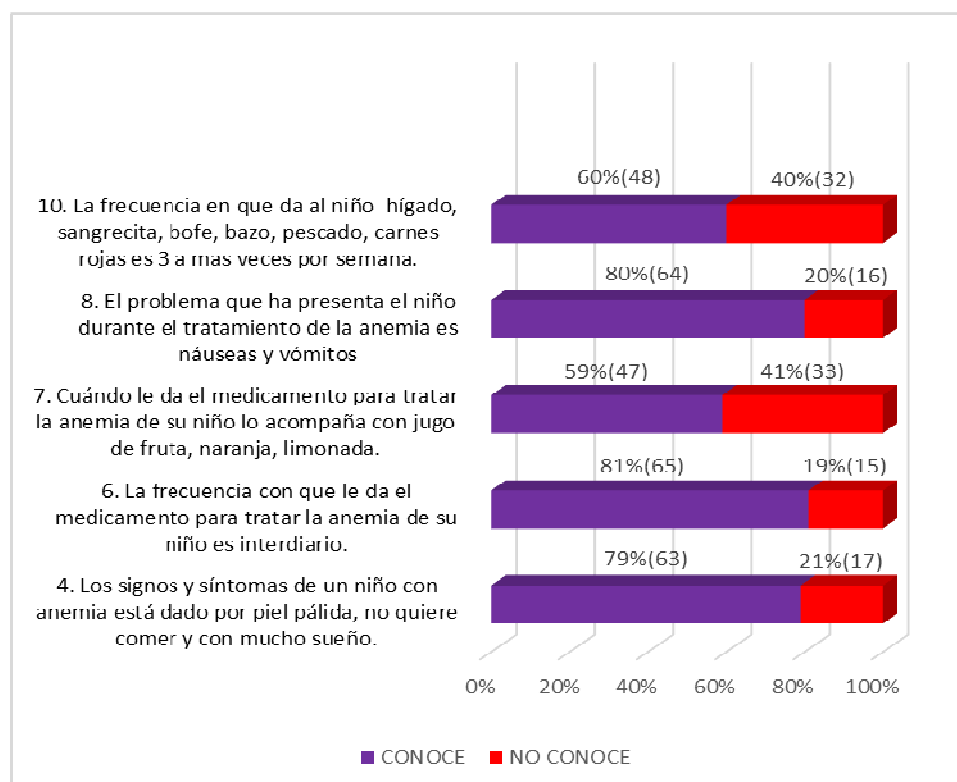


Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013

Los aspectos que conocen está dado porque 73% (58) manifiestan que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina en sangre, 79% (63) en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, 73% (58) los alimentos de origen vegetal son habas, lentejas y frijoles, y los aspectos que no conocen 34% (27) expresan que durante el día el niño debe recibir 3 comidas principales, 36% (29) la frecuencia en que

GRAFICO N° 2

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN A LA ESTRATEGIA DE CRED SEGÚN ITEMS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO ANCASH 2013 LIMA – PERÚ 2016



Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013

le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frijoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana, 38% (30) los alimentos de origen animal son sangrecita, bazo, bofe e hígado. (Anexo M).

En cuanto a los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la Estrategia de CRED por ítems en el Centro de Salud de Chasquitambo, tenemos que del 100% (80), los ítems que conocen están dados porque 80% (64) refieren que el problema que ha presentado durante el tratamiento de la anemia es náuseas y vómitos, 81% (65) la frecuencia con que le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario y 79% (63) los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; mientras que los ítems que no conocen 41% (33) manifiestan que cuando le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada y 40% (32) la frecuencia que da al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana. (Grafico 2, Anexo M).

4.2. DISCUSIÓN

La prevalencia mundial de la anemia y el número de personas afectadas a nivel mundial es de 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia y parte de Venezuela)

Una proporción significativa de la población mundial presenta carencias de minerales y vitaminas, a los que comúnmente se designa como micronutrientes. Aunque algunas de las consecuencias clínicas obvias de la malnutrición de micronutrientes han sido conocidas por largo

tiempo, sólo recientemente se han comprobado las dimensiones globales y el amplio espectro de consecuencias adversas de las deficiencias aun en las leves de micronutrientes sobre el desarrollo físico y mental, la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad.

La anemia ferropénica es una afección que se caracteriza por un descenso de los depósitos de hierro orgánicos provocando una reducción del número de hematíes o glóbulos rojos que suministran oxígeno a todas las células del organismo, y el hierro es un mineral imprescindible para el transporte del oxígeno. Por este motivo cuando existe una anemia suele aparecer cansancio, fatiga, debilidad y palidez entre otros.

La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas. De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel debe implementar un programa de sesiones demostrativas orientado a facilitar el incremento de conocimientos de las madres con la finalidad de prevenir enfermedades nutricionales

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebral es, mucosas orales, lechos úngeles y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. 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

La presencia de una anemia ferropénica indica, no solo un déficit de.....

hierro hemoglobínico circulante, sino también un total agotamiento de todas las reservas de hierro, presentándose en un momento de crecimiento y de volemia en expansión de la mera institución de una ingestión normal es insuficiente para reponer totalmente todas las reservas. La adicional administración terapéutica de hierro es esencial por lo que el objetivo debe consistir, no solo, en corregir la anemia sino también en proporcionar adecuadas reservas de hierro para satisfacer futuras demandas. Teniendo en cuenta este último objetivo, la administración oral de hierro medicinal debe prolongarse durante aproximadamente 3 meses. Una dosis de hierro oral elemental de 4.5 o 6 mg/kg/día repartida en tres tomas es adecuada para el tratamiento de deficiencia de hierro establecida. La absorción porcentual disminuye por encima de esta dosis, no obteniéndose ventaja alguna administración dosis mayores.

La administración profiláctica de hierro implica dosis menores que las administradas con fines terapéuticos. El preparado oral más sencillo es el sulfato ferroso que puede administrarse en solución para lactantes o en tabletas para niños más grandes.

El tratamiento se prolongara tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente. Por lo que es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vomito.

Para prevenir estos efectos secundarios se recomienda que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis a la mitad y luego aumentar a los 15 días.

Al respecto Gómez Laureano Betty, y Montano Lobatón Maricela; (2006), concluyeron en su estudio que; *“el 88.2% de las madres identifican al pescado como alimentos que contienen alto porcentaje de hierro, y el 79.5% consideran que se debe de dar suplementos de sulfato de hierro al lactante”*. Asimismo Casas Castro, Vilma Liliana de La Merced, (2010), en su estudio concluyeron que *“la no adherencia al tratamiento es una condición manifiesta en casi la totalidad de niños con diagnóstico de anemia ferropénica en el C.S “Tahuantinsuyo Bajo”, evidenciándose el incumplimiento de los regímenes farmacológico y dietético. Los factores que guardan una asociación estadísticamente significativa son efectos secundarios al tratamiento farmacológico, condición que se presentó en todos los niños, siendo el estreñimiento el más observado y el que fue motivo de interrupción del tratamiento; desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento, apreciándose este factor en más de la mitad de la población en estudio, donde destaca la no percepción de la anemia como una enfermedad grave y el desconocimiento de los regímenes del tratamiento; atención inoportuna, factor presente en la mayor cantidad de madres que conllevó a la no continuidad de atención”*.

Por lo que según los datos obtenidos en el estudio podemos evidenciar que los conocimientos que tienen las madres que acuden a la Estrategia de CRED sobre la prevención de la anemia ferropénica en el Centro de Salud de Chasquitambo, el mayor porcentaje conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina en sangre, que en la prevención de la anemia ferropénica

se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, y los alimentos de origen vegetal son habas, lentejas y frijoles; seguida de un porcentaje considerable de madres que no conocen que durante el día el niño debe recibir 3 comidas principales, que la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frijoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana, y que los alimentos de origen animal son sangrecita, bazo, bofe e hígado; lo cual le puede conllevar a mediano o corto plazo a presentar anemia ferropénica ya que con cierta frecuencia las madres no incorporan dentro de la alimentación del niño el consumo de menestras, vísceras entre otros que puede traer consigo serias repercusiones en el desarrollo psicomotor y crecimiento del niño predisponiéndole a adquirir enfermedades que pueden repercutir en su calidad de vida.

El tratamiento no farmacológico o dietético de la anemia, 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, así como 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, y el consumo de alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la absorción de hierro. 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

Los suplementos de hierro pueden causar constipación, por lo tanto es conveniente que agregue, a su dieta, alimentos ricos en fibra como frutas, vegetales, granos enteros y beba abundante cantidad de líquidos. El hierro de fuente animal es más fácil de absorber, para el cuerpo, que el de origen vegetal. Incluir alimentos con vitamina C, o suplementos, ayuda al cuerpo a absorber y utilizar mejor, el hierro de origen vegetal. Los alimentos cocinados en cacerolas de hierro son, también, una fuente de hierro. El calcio puede interferir con la absorción del hierro, por lo tanto, para minimizar este efecto, no consuma leche o suplementos de calcio con sus comidas o al mismo tiempo que consuma el suplemento de hierro

El consumo de varios micronutrientes en las dietas de los niños de nuestra población es deficiente, dentro de ellos están el hierro, calcio, zinc, yodo y en algunos lugares, vitaminas A, estas deficiencias influyen negativamente en el crecimiento, el apetito o la susceptibilidad del niño a enfermarse. Los niños pequeños tienen mayor dificultad para digerir algunos granos, como por ejemplo, la quinua en grano. En estos casos es preferible la utilización de harinas de quinua o de hojuelas.

Para que el niño satisfaga sus requerimientos nutricionales, es necesario que coma varias veces al día, además de las preparaciones ya mencionadas se puedan ofrecer entre comidas nutritivas como pan, galletas o frutas. A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes se le debe dar alimentos más sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

La madre debe usar alimentos que estén al alcance económico de la....

familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes. En general, se puede dar a los niños los alimentos que forman parte de la dieta del resto de la familia, pero teniendo en mente las consideraciones que se hacen a continuación, es decir que los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas. Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores, tales como, el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos tales como, harinas, y mezclas vegetales, que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.

Márquez León, Julia Esperanza, (2007), en su estudio concluyó que *“el 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que limita que las madres tomen una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia. De 112 (100%) de madres, 77 (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. De 112 (100%) de madres, 74 (66.07%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Del (100%) de madres, 97 (84.82%) (suma del conocimiento medio y bajo) de madres, tienen conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso”*.

En tal sentido según los datos obtenidos en el estudio acerca de los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia

ferropénica por ítems, podemos concluir que la mayoría conocen que el problema que ha presentado durante el tratamiento de la anemia es náuseas y vómitos, la frecuencia con que le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario y los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que cuando le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada y la frecuencia que da al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana; lo cual puede conllevarle al niño a que pueda presentar algún trastorno en los valores de hemoglobina que le conlleve a adquirir anemia infantil lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de crecimiento y desarrollo normal y tornarlo vulnerable o susceptible a otras enfermedades que puede evidenciarse en un retardo de su proceso de desarrollo psicomotor y social.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los conocimientos que tienen las madres que acuden a la Estrategia de CRED sobre la prevención de la anemia ferropénica en el Centro de Salud de Chasquitambo; el mayor porcentaje conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina en sangre, que en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, y los alimentos de origen vegetal son habas, lentejas y frijoles; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que el niño debe recibir durante el día por lo menos 3 comidas principales, la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frijoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana, y que los alimentos de origen animal son sangrecita, bazo, bofe e hígado.
- En cuanto a los conocimientos de las madres que acuden a la Estrategia de CRED sobre la prevención de la anemia ferropénica por ítems; la mayoría conocen que el problema que ha presentado durante el tratamiento de la anemia el niño es náuseas y vómitos, que la frecuencia con que le da el medicamento es interdiario y los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que cuando se le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja,

limonada y la frecuencia con que debe dar al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Que el profesional de Enfermería que labora en la estrategia de CRED del Centro de Salud a partir de los hallazgos le permita diseñar y/o elaborar programas de educación para la salud dirigida a las madres de los niños que asisten al consultorio, y comunidad sobre la importancia de acudir al CRED para evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo normal.
- ✓ Que la jefatura de Enfermería promueva en el personal que labora en la estrategia de CRED desarrollar programas preventivos promocionales con estrategias participativas que incremente los conocimientos sobre las causas, prevención y consecuencias de la anemia ferropénica, destacando la importancia de asistir a la consulta a CRED con su niño.
- ✓ Que la Enfermera Jefe del Centro de Salud promueva la elaboración, diseño e implementación de material educativo a través de trípticos, dípticos, talleres y dinámicas de grupo, entre otros utilizando un lenguaje sencillo y claro sobre los cuidados al niño que le permita contribuir al crecimiento y desarrollo normal del niño.
- ✓ Realizar estudios similares y comparativos en los diferentes servicios de CRED (MINSA, Es Salud, FF.AA, EPS y Clínicas Privadas).

- ✓ Realizar estudios con enfoque cualitativo para profundizar el tema.

5.3. LIMITACIONES

Los resultados y conclusiones del estudio solo son generalizables para la población de estudio, es decir las madres de familia que asisten a la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chusquitambo; sin embargo puede ser comparado con poblaciones con características similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OMS, Prevención y control de anemia ferropénica. 2001.
[http://www.who.int/ut/documest/ida assessment prevention control](http://www.who.int/ut/documest/ida%20assessment%20prevention%20control). Dpf.
- (2) (3) Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Páginas: 1, 4, 8. [Citado 3 enero 2013]. Disponible en <http://www.who.int>
- (4) Tobar Federico. Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad. Boletín PROAPS – REMEDIAR. Año 1 - Nº 4 – Octubre 2003. Pág. 7.
- (5) BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN. OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA. Año 8. Enero 2012. Pág. 1. [Citado el 3 de enero del 2012] Disponible en: <http://www.diresajunin.gob.pe/diresajunin/epidemiologia/2012/boletines/Boletin012012.pdf>
- (6) (20) Perú: Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000. Primer Semestre 2011 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Citado el 3 de enero del 2013] Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro_completo.pdf.
- (7) (21) (23) Documento Técnico: “Lineamientos de Gestión de la Estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Impresión. Lima 2011. Pág. 27-28.
- (8) (22) Aguirre, Patricia. “Prevención de la anemia en niños y embarazadas”. Argentina. Junio de 2001. Pág.5.

- (9) Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Fuente: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN). [Citado el 3 de enero del 2013]. Disponible en: www.ins.gob.pe/.../Informe%20Indicadores%20PAN..
- (10)(12) De La Merced Casas Castro Vilma Liliana. “Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en niños de 6- 24 meses y factores asociados C.S.M.I Tahuantinsuyo Bajo”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2010.
- (11) Gómez Laureano Betty, y Montano Lobatón Maricela. “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Es Salud-SJL-Lima”. 2006.
- (13) Márquez León, Julia Esperanza, “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2007.
- (14) Merino Almaraz, Vania Nohelia; Lozano Beltrán, Daniel Franz; Torrico Faustino: “Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo”. Bolivia 2010. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012
- (15) Figueroa Pineda, Claudia Lucía: “Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa

de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga”. Colombia 2010. Pág. 80. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf.

(16) Escalante Izeta, Ericka; Bonvecchio Anabelle; Theodore Florence; Nava, Fernanda; Villanueva María Ángeles; Rivera Dommarco, Juan Ángel: “Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades”. México 2008. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/.../cuali.pdf.

(17) (19) Cumbre Mundial de la Infancia, 1990; Conferencia sobre el Hambre Oculta, 1991; Conferencia Internacional de Nutrición, 1992. [Citado 4 enero 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.

(18) Osorio M. Factores determinantes de la anemia en niños. *Jornal de Pediatría* - Vol. 78, (4) 2002.

(24) Guía sobre anemia nutricional. Jane Badham. Et al. 2007. Pág. 49-50 [Citado el 4 de enero del 2013]. Disponible en: http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/ED_WText/TextElemente/Ernaehrungswissenschaft/Naehrstoffe/nutritional_anemia_book.pdf.

(25) Tobar Federico. Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad. *Boletín PROAPS REMEDIAR*. Año 1 - N° 4 – Octubre 2003. Pág. 7.

- (26) DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTO JUVENIL:
"Prevencion de la Anemia en niños y embarazadas Argentina". Junio 2001. Pág. 5. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>
- (27) Wilma B. Freire, Ph.D: La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. Salud Pública México 1998; 40:199-205. Pág.200. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400212.pdf>
- (28) Acosta, G.M.: "Deficiencia de Hierro- aspectos esenciales". Revista Cubana de Pediatría 62 (3). Pág.461-468. 1990.
- (29) Lineamientos de Nutrición Infantil " Resolución Ministerial N°-610-2004/MINSA. [Citado el 8 de enero del 2013]. Disponible en: www.minsa.gob.pe/.../nutrición/normas_nutri.asp. Pág. 16-19.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Descripción de la enfermera en Salud pública. Setiembre 2011. [Citado el 20 de febrero del 2013]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Descripci%C3%B3n-De-La-Enfermera-En-Salud/2775446.html>.

Informe de Estadística de la Red de Salud Rímac-SMP-Lo. 2012.

Cumbre Mundial de la Infancia, 1990; Conferencia sobre el Hambre Oculta, 1991; Conferencia Internacional de Nutrición, 1992. [Citado 4 enero 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.

Bevilacqua-Bensoissan-Jansen-Spinola-Carvalhaes:
"FISIOPATOLOGÍA CLÍNICA". 2º Edición. Argentina 2005. Editorial
Ateneo. Pág.469.

Directiva Sanitaria N°050. Minsa/dgsp-v.01 Directiva Sanitaria que
establece la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños
menores de tres años. Noviembre 2012. Pág.4-7.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de Variables	I
B	Instrumento	IV
C	Consentimiento Informado	XIV
D	Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	XV
E	Determinación de la Muestra	XVI
F	Tabla de Códigos	XVIII
G	Tabla Matriz de Datos	XX
H	Validez del Instrumento	XXII
I	Confiabilidad del Instrumento	
J	Medición de la Variable	
K	Datos Generales de las madres que acuden al consultorio de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – Huaraz. 2016. Lima – Perú 2016.	
L	Conocimientos que tienen las madres que acuden a CRED sobre la prevención de la anemia ferropénica en el Centro de Salud de Chasquitambo – Huaraz. 2016. Lima – Perú 2016.	
M	Conocimientos que tienen las madres que acuden a CRED sobre la prevención de la anemia ferropénica según ítems en el Centro de Salud de Chasquitambo – Huaraz. 2016. Lima – Perú 2016.	

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
<p>Conocimiento que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica</p>	<p>Son las ideas o abstracciones de los fenómenos de la realidad, la cantidad de información que tienen las madres de familia respecto a la prevención de la anemia ferropénica</p>	<p>Conocimientos sobre la enfermedad Causas. Signos y Síntomas. Tratamiento. Importancia de la Alimentación Complementaria. Importancia de la Lactancia Materna. Tratamiento Farmacológico. Tratamiento no Farmacológico. Consecuencia de la Anemia.</p>	<p>Es la respuesta expresada por las madres que asisten a la estrategia de CRED en tono a toda aquella información que refiere poseer sobre la prevención de la Anemia Ferropénica. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce</p>	<p>Conoce No conoce.</p>

VALOR FINAL QUE VA ADOPTAR LA VARIABLE	CRITERIO	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PROCEDIMIENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Conoce.</p> <p>No conoce.</p>	<p>A las respuestas se asigna la siguiente puntuación.</p> <p>1= respuesta correcta</p> <p>0=respuesta incorrecta.</p>	<p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario.</p>	<p>Se realizaron los trámites administrativos para la aceptación del estudio de investigación.</p> <p>Luego se llevaron a cabo las coordinaciones pertinentes para establecer el cronograma de recolección de datos, considerando de 15 a 20 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.</p>	<p>NOMINAL</p>

ANEXO B



UNMSM-FM-UPG
PSEE-2013

INSTRUMENTO

PRESENTACION

Buenos días, soy alumna de la segunda especialidad de enfermería en Salud Pública de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; en este momento me encuentro realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud. Para lo cual se le solicita su colaboración sincera y veraz, para responder las siguientes preguntas, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS DE LA MADRE:

1. Edad:.....
2. Grado de Instrucción: a. Sin instrucción b. Primaria c. Secundaria d Superior/técnico 3.
- Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Separada e. Divorciada
4. Cuántos hijos tiene?. a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5
5. De qué departamento proviene:.....
6. Ocupación: a. Ama de casa. b. Trabaja en casa c. Trabaja fuera de casa.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta y luego responda marcando con un aspa (X), la respuesta que considere correcta.

DATOS ESPECÍFICOS

- 1. La anemia es una enfermedad que consiste en.**
 - a. La disminución de la sangre en el cuerpo.
 - b. La disminución de la hemoglobina de la sangre.
 - c. El aumento de la hemoglobina en el cuerpo.
 - d. El aumento de la azúcar en el cuerpo

- 2. La causa principal de la anemia deficiencia de alimentos ricos en:**
- Calcio.
 - hierro.
 - Magnesio.
 - fosforo.
- 3. En la prevención de la anemia ferropénica que alimentos le da a su niño principalmente?**
- Cereales, frutas y verduras de color rojo.
 - Menestras.
 - Vísceras y carnes rojas.
 - Leche, queso y yogurt.
- 4. Los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por:**
- Niño activo y con mucha energía.
 - Crece y sube de peso rápidamente.
 - Piel pálida, no quiere comer y con mucho sueño.
 - Niño irritable y juega todo el día.
- 5. ¿Cuánto tiempo debe darle el medicamento para tratar la anemia de su niño?**
- 2 meses.
 - 4 meses.
 - 6 meses.
 - Más de 6 meses.
- 6. La frecuencia con que le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es:**
- Semanal.
 - Interdiario.
 - Diario.
 - Quincenal.
- 7. ¿ Cuándo le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con:**
- Agua de anís, ,manzanilla
 - Leche
 - Jugo de fruta, naranja, limonada.
 - Agua.
- 8. El problema que ha presentado el niño durante el tiempo de tratamiento de la anemia es:**
- Estreñimiento
 - Náuseas y vómitos.
 - Cambio de color de los dientes.
 - Diarrea.
- 9. Durante el día. ¿Cuántas comidas principales le da de comer a su niño?**
- 1 sola vez.
 - 2 veces.
 - 3 veces.
 - 5 veces.
- 10. La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es:**
- 1 vez por semana.
 - 2 veces por semana.
 - 3 a más veces por semana.
 - No le gusta las vísceras.

11. La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es:

- a. 1 vez por semana.
- b. 2 veces por semana.
- c. 3 a más veces por semana.
- d. No le gusta la menestra.

12. De los siguientes alimentos ¿Cuál de ellos le da más?(Origen animal)

- a. Pollo, huevo, chancho.
- b. Leche, queso, yogurt.
- c. Sangrecita, bazo, bofe, hígado.
- d. Pescado, carne de res.

13. De los siguientes alimentos ¿Cuál de ellos le da más? (Origen vegetal)

- a. Tomate, rabanitos, betarraga.
- b. Papa, camote, yuca.
- c. Habas, lentejas, frejoles.
- d. Espinaca, lechuga, zanahoria.

RECOMENDACIONES:.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPERNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO – 2013.

Investigador: Lic. Dave Maygge Huayaney Palma.

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

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación aportando mi información a través de la encuesta que se me realizará, he sido informada en forma clara y detallada sobre el propósito y naturaleza del estudio asimismo indicar que mi participación es voluntaria; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad.

Por lo tanto acepto participar en la siguiente investigación.

Fecha y Hora:

Firma del participante:.....

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

JUECES DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	0	0	1	1	1	1	0.145 *
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	0	1	1	0	0.145
7	0	0	1	1	1	1	1	1	0.145

* En esta encuesta se toman en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si $p < 0.5$ el grado de concordancia es significativo, por lo tanto el grado de concordancia del presente instrumento es significativo.

ANEXO C

DETERMINACION DE LA MUESTRA

MUESTREO PROBABILISTICO DE PROPORCIONES PARA POBLACION FINITA

Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 – p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas característica.

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador. (90% - 0.1 - 95% - 0.05 - 99% - 0.01)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (248) (0,5) (0,5)}{247 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = \frac{3.8416 (248) 0.25}{2.47 + 0.9604} = \frac{238.17}{3.4304} = 69 \text{ madres}$$

ANEXO F

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES

ITEMS	PUNTUACIÓN	
1.-Edad	21 – 30	1
	31 – 40	2
	41 – 50	3
	51 – 60	4
2. Estado Civil	Casada	1
	Soltera	2
	Conviviente	3
	Viuda	4
3. Grado de Instrucción	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior o técnico	3
4.-Ocupación de la madre	Ama de casa	1
	Trabaja en casa	2
	Comerciante	3
	Profesional	4
5.-Lugar de procedencia	Costa	1
	Sierra	2
	Selva	3

DATOS ESPECIFICOS

ITEMS	RPTA CORRECTA	ITEMS	RPTA CORRECTA
1	B	8	B
2	B	9	C
3	C	10	C
4	C	11	C
5	C	12	C
6	B	13	C
7	C		

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS – CONOCIMIENTOS

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	TOTAL
1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	9
2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	9
3	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	9
4	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	10
5	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	9
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	10
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	10
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	11
10	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	9
11	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10
12	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10
13	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	10
14	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	10
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	11
16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	10
17	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	9
18	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10
19	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
20	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10
21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	10
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	9
23	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	10
24	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9
25	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11
26	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	9
27	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11
28	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	10
29	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11
30	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	9
31	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
32	1	0	0	1		1	1	0	0	1	1	1	1	8
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12
34	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	11
36	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10
37	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	9
38	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	9

39	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10
40	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	8
41	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	9
43	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11
44	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	10
45	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	9
46	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10
47	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11
48	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
49	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	10
50	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	10
51	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	8
52	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	10
53	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	8
54	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	10
55	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
56	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11
57	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12
58	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11
59	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
60	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11
61	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	10
62	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11
63	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
64	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5
65	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
66	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
67	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
69	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5
70	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
71	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
72	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
74	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
75	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5
76	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6
77	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	7
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
80	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO - CUESTIONARIO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

Donde

N: Numero de sujetos= 30

$\sum x$: Sumatoria de puntajes simples de la variable x

$\sum y$: Sumatoria de los puntajes simples de la variable y Se considera válido si $r > 0.2$

ITEM	PEARSON	ITEM	PEARSON
1	0.36	8	0.68
2	0.37	9	0.41
3	0.37	10	0.50
4	0.38	11	0.58
5	0.37	12	0.50
6	0.45	13	0.53
7	0.39		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO - CUESTIONARIO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el Coeficiente de “Kuder Richarson” (k)

$$K-R = \left(\frac{k}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum P.Q}{Sx^2} \right)$$

Donde:

k : N° de preguntas o ítems.

Sx² : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richarson	0.69	13

$$\alpha = 0.69$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

ANEXO J

MEDICION DE VARIABLE - CONOCIMIENTO

Para establecer los intervalos se le aplica el Promedio Aritmético en la curva de Gauss

Promedio: $\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$ (2)

VARIABLE CONOCIMIENTO

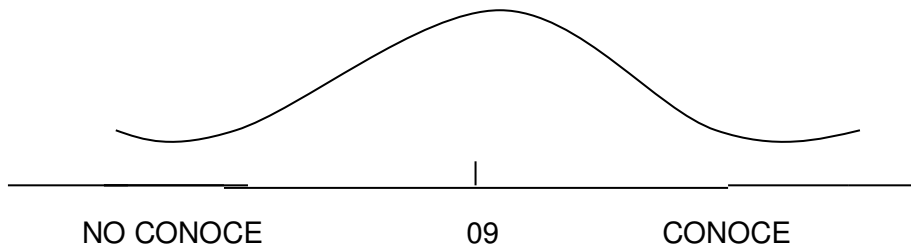
1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 9.21 = 9$$

Puntaje:

Conoce: 10 a 13

No conoce: 0 a 9



ANEXO K

DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO.

ANCASH – PERÚ

2016

EDAD DE LAS MADRES	N	%
20 – 30	15	19
31 – 40	35	44
41 – 50	25	31
51 – 60	5	6
TOTAL	80	100
ESTADO CIVIL	N	%
CASADA	20	25
SOLTERA	5	6
CONVIVIENTE	50	63
VIUDA	5	6
TOTAL	80	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
PRIMARIA	5	6
SECUNDARIA	70	88
SUPERIOR	5	6
TOTAL	80	100
OCUPACION DE LAS MADRES	N	%
AMA DE CASA	30	38
TRABAJA EN CASA	15	19
COMERCIANTE	25	31
PROFESIONAL	10	12
TOTAL	80	100
PROCEDENCIA DE LAS MADRES	N	%
COSTA	20	25
SIERRA	50	63
SELVA	10	12
TOTAL	80	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013

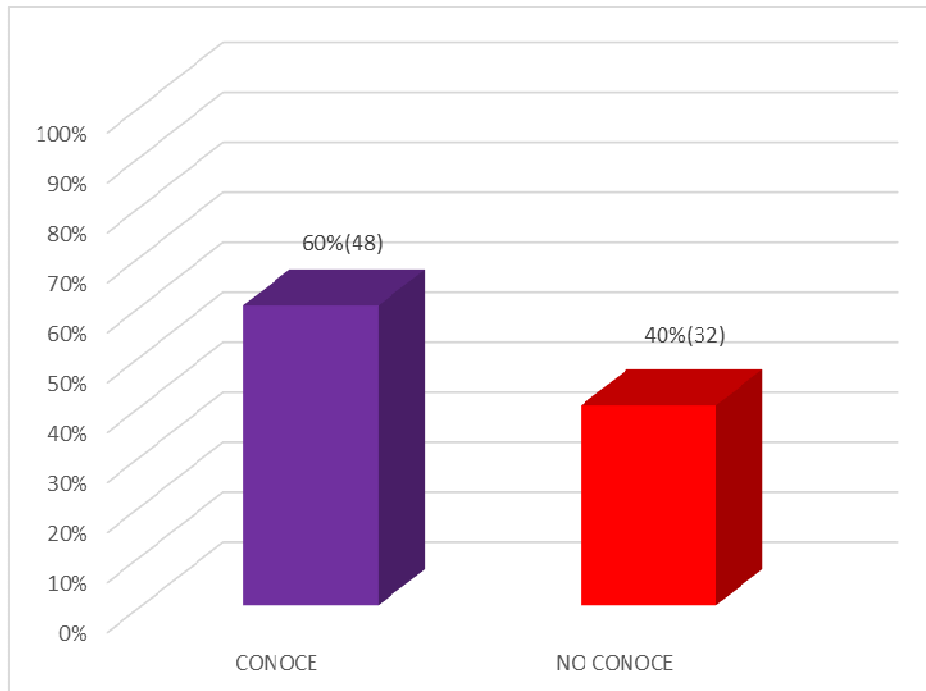
ANEXO L

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCION DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LA ESTRATEGIA DE CRED EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO – 2013. ANCASH – PERÚ

2016

CONOCIMIENTOS	N°	%
CONOCE	48	60%
NO CONOCE	32	40%
TOTAL	80	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013



Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013

ANEXO M

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LA ESTRATEGIA DE CRED POR ITEMS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHASQUITAMBO – 2013 ANCASH – PERÚ 2016

N°	ITEMS	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	La anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina de la sangre.	58	73%	22	28%	80	100%
2	La causa principal de la anemia deficiencia de alimentos ricos en hierro.	58	73%	22	28%	80	100%
3	En la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas	63	79%	17	21%	80	100%
4	Los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y con mucho sueño.	63	79%	17	21%	80	100%
5	El tiempo para tratar la anemia del niño es 6 meses.	59	74%	21	26%	80	100%
6	La frecuencia con que le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario.	65	81%	15	19%	80	100%
7	Cuándo le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada.	47	59%	33	41%	80	100%
8	El problema que ha presentado el niño durante el tiempo de tratamiento de la anemia es náuseas y vómitos	64	80%	16	20%	80	100%
9	Durante el día el niño debe recibir 3 comidas principales.	53	66%	27	34%	80	100%
10	La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana.	48	60%	32	40%	80	100%
11	La frecuencia en que le da a su niño, alimentos como: lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana.	51	64%	29	36%	80	100%
12	Los alimentos de origen animal: Sangrecita, bazo, bofe, hígado.	50	63%	30	38%	80	100%
13	Los alimentos de origen vegetal: Habas, lentejas, frejoles.	58	73%	22	28%	80	100%

Fuente: Encuesta aplicada a madres que acuden a CRED en el Centro de Salud Chasquitambo – Ancash 2013.