

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A
11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA –
PIURA 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORA:

MARTHA CAROLINA ENRIQUEZ VILLEGAS

CALLAO – 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| • MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| • MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANGELICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 128

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1445-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres, ya que sin su motivación constante no hubiese logrado la culminación de una más de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su protección y fortaleza en todo momento y por siempre guiarme en el camino del bien.

A mis padres, por haberme forjado como la persona que soy; todos mis logros se los debo a ustedes incluyendo este.

A mi hermana por el apoyo constante que siempre me brinda para poder alcanzar todas mis metas.

A mi novio quien sin su ayuda no hubiese sido posible la culminación de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN	06
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	07
1.1 Descripción de la realidad problemática	07
1.2 Formulación del Problema	08
1.2.1 Problema General	08
1.2.2 Problemas Específicos	08
1.3 Objetivos	09
1.3.1 Objetivo General	09
1.3.2 Objetivos Específicos	09
1.4 Limitantes de la investigación	10
1.4.1 Limitante teórico	10
1.4.2 Limitante temporal	10
1.4.3 Limitante espacial	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.1.1 Antecedentes Internacionales	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Marco	19
2.2.1 Teórico	19
2.2.2 Conceptual	25
2.3 Definición de términos básicos	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
3.1 Hipótesis	40
3.2 Operacionalización de variables	41

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	44
4.1.1 Tipo de la Investigación	44
4.1.2 Diseño de la Investigación	44
4.2 Población y muestra	45
4.2.1 Población	45
4.2.2 Muestra	45
4.2.3 Criterios de Inclusión	45
4.2.4 Criterios de Exclusión	45
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la infrmación	46
4.4 Análisis y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO V: RESULTADOS	50
5.1 Resultados Descriptivos	50
5.2 Resultados Inferenciales	50
5.3 Otro tipo de resultados	55
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
6.1 Contrastación de la hipótesis	56
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	56
6.3 Responsabilidad ética	59
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	65
Anexo 1: Instrumentos validados	
Anexo 2: Consentimiento informado	
Anexo 3: Base de datos	
Otros	

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N° 01: EDAD Y SU ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	50
TABLA N° 02: EDAD DEL MENOR, SEXO Y TIPO DE ANEMIA DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	51
TABLA N° 03: FACTORES NUTRICIONALES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	52
TABLA N° 04: FACTORES PERSONALES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	53
TABLA N° 05: FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES DE 6 A 11 MESES CON ANEMIA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	54
TABLA N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICAS DE LAS MADRES DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018	55

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado “**Factores de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses en el Centro de Salud Miguel Checa – Piura 2018**”, tuvo como objetivo Determinar los factores de la anemia ferropénica en los lactantes, Se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 26 lactantes con diagnóstico de anemia quienes fueron sometidos a criterios de exclusión, la técnica utilizada fue la encuesta con un cuestionario de 37 preguntas relacionados con la anemia, los resultados indican que:

Los factores socioculturales pueden influir por el grado de nivel educativo que las madres presentan ya que el 50% sólo lograron culminar sus estudios secundarios. Y existiendo un bajo ingreso económico menor a 750 soles mensuales, las madres se dedican a sus hogares, a la crianza de sus hijos y no perciben ingreso económico no alcanzándoles para la compra de alimentos ricos en hierro, sin embargo el nivel de conocimiento que tienen las madres es medio con un 69%.

Los factores nutricionales implican mucho ya que no existe una adecuada administración de los alimentos, esto se ve reflejado en que al 64% de los lactantes no se le da de manera diaria alimentos de origen animal, verduras y/o frutas a pesar que en cuanto a su estado nutricional el 57% se encuentra dentro de lo normal.

Los factores personales de la anemia ferropénica están dados porque los lactantes recibieron lactancia materna exclusiva en un 58%, y lactancia mixta con un 42%, pero presentaron con mayor prevalencia cuadros de diarreas en más de dos oportunidades con un 42% no permitiendo que haya una buena absorción de los nutrientes recibidos, al mismo tiempo que las madres no administran de manera adecuada los Multimicronutrientes “chispitas” y lo dan de manera interrumpida o no son entregados en un 54%.

Palabras claves: lactancia, factores, anemia ferropénica

ABSTRACT

The research work entitled "Factors of iron deficiency anemia in infants from 6 to 11 months in the Health Center Miguel Checa - Piura 2018", aimed to determine the factors of iron deficiency anemia in infants, the type of research was used quantitative, descriptive. The sample consisted of 26 infants diagnosed with anemia who were subjected to exclusion criteria, the technique used was the survey with a questionnaire of 37 questions related to anemia, the results indicate that:

Socio-cultural factors can influence the degree of educational level that mothers have, since 50% have only completed their secondary education. And there being a low economic income of less than 750 soles per month, mothers devote themselves to their homes, raise their children and do not receive economic income, not enough for the purchase of iron-rich foods, but the level of knowledge they have. Mothers are average with 69%.

The nutritional factors imply a lot since there is no adequate administration of food, this is reflected in the fact that 64% of the infants are not given on a daily basis foods of animal origin, vegetables and / or fruits, despite the fact that to its nutritional status 57% is within normal.

The personal factors of iron deficiency anemia are given because infants received exclusive breastfeeding in 58%, and mixed lactation with 42%, but presented with more prevalence of diarrhea on more than two occasions with 42% not allowing a good absorption of the nutrients received, at the same time that the mothers do not administer adequately the multimicronutrients "sparks" and give it in an interrupted way or they are not delivered in 54%.

Key words: lactation, factors, iron deficiency anemia

INTRODUCCIÓN

La anemia es una enfermedad que sufren muchos peruanos y se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo.

Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la Urbana el 40.5%. Estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años de 1.6 millones a nivel Nacional. Piura es una de las regiones que más alimentos aporta al Perú (por actividades relacionadas a la pesca, ganadería y agricultura); sin embargo, registra un alto índice de anemia y desnutrición crónica infantil, casi el 36 % de los niños de 6 a 36 meses tiene anemia, según el Endes 2015 del **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)**.¹

El presente trabajo de investigación titulado “FACTORES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES” tiene por finalidad determinar los factores de la anemia en lactantes de 6 a 11 meses cuyo propósito es brindar información a los profesionales del centro de salud lo que les permitirá mejorar o implementar programas con el fin de fortalecer las acciones que contribuyen a evitar y/o disminuir la presencia de anemia en los menores.

El presente trabajo de investigación contará de 7 capítulos; I planteamiento del problema, que incluye la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, IV metodología, V resultados, VI discusión de resultados; asimismo contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La anemia ferropénica compromete la habilidad del niño para aprender, lo que limita aún más sus perspectivas de futuro lo que, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población. Los bebés y los niños pequeños con anemia por deficiencia de hierro son más propensos a presentar déficit de atención, la coordinación motora reducida, y dificultades de lenguaje.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como la disminución del número de eritrocitos y/o de la hemoglobina. El punto de corte por debajo del cual se considera que una persona tiene anemia varía con la edad, el sexo, la altitud y estado fisiológico. Así en menores de 6 años la anemia se diagnostica si los valores de hemoglobina son menores de 11gr/dL. (OMS, 2011)

Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro.³

Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la Urbana el 40.5%. Estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años de 1.6 millones a nivel Nacional.⁴

Piura es una de las regiones que más alimentos aporta al Perú (por actividades relacionadas a la pesca, ganadería y agricultura); sin embargo,

registra un alto índice de anemia y desnutrición crónica infantil, casi el 36 % de los niños de 6 a 36 meses tiene anemia y un 20.3% de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica, según el Endes 2015 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).⁵

En el Centro de Salud Miguel Checa como investigadora he observado que muchos de los niños que acuden a consulta de Crecimiento y Desarrollo al realizar el dosaje de Hemoglobina presentan valores menores de 11mg/dL quien influye en el aprendizaje, conocimiento de la madre al momento de preparar los alimentos, administración de los micronutrientes entre otros.

Para ello el enfermero(a) cumple un rol importante dentro de las acciones preventivas promocionales del cuidado del niño en donde incluirá acciones de apoyo a la madre y una buena educación de los hábitos alimenticios en el transcurso de su vida, para ello realizamos este estudio en los lactantes de 6 a 11 meses en el Centro de Salud Miguel Checa.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa?

1.2.2 Sub Problemas

¿Cuáles son los factores personales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa?

¿Cuáles son los factores nutricionales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa?

¿Cuáles son los factores socioculturales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa

1.3.2Objetivos Específicos

Identificar los factores personales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa

Identificar los factores nutricionales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa

Identificar los factores socioculturales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud Miguel Checa

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

El presente trabajo de investigación tiene como antecedentes diferentes trabajos de investigación asimismo el enfoque teórico de promoción de la salud de Nola Pender quien describe los roles importantes de las enfermeras en ayudar a los pacientes a prevenir enfermedades mediante el cuidado propio y las decisiones inteligentes por lo que no constituye limitante para ejecutar el trabajo.

1.4.2 Limitante temporal

Siendo el trabajo transversal en la que la recogida de datos se da en un solo momento esto no constituye limitante temporal.

1.4.3 Limitante espacial

El presente trabajo de investigación será ejecutado en el Centro de Miguel Checa en el consultorio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo, siendo un trabajo local y la investigadora radica en la jurisdicción por lo que no existe limitante espacial.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Medisan (2014) CUBA realiza un estudio “Factores de riesgo relacionados con la anemia carencial en lactantes de 6 meses” cuyo objetivo fue Identificar los factores de riesgo asociados a la anemia carencial en la población infantil, fue un estudio analítico, de tipo caso – control en 120 lactantes de 6 meses a partir de las cifras de hemoglobina, a las conclusiones a las que llegaron fueron :

El resultado de la odds ratio significó que los lactantes del sexo masculino tenían 1,79 más posibilidades de padecer anemia que las niñas; sin embargo, el límite inferior del intervalo de confianza fue menor que 1, revelador de que era un factor asociado, pero no de riesgo.

Se ha demostrado que la lactancia materna protege a los neonatos de experimentar ese trastorno, porque la leche de la madre posee entre 0,3 - 1 mg de hierro por litro y una biodisponibilidad elevada de 50%; en contrapartida, las fórmulas enriquecidas con ese mineral incluyen 12 mg/L de este, pero solo 5% del mencionado elemento llega a la circulación general y la protección que proporciona, dura aproximadamente hasta los 6 meses de edad, por lo cual debe aportarse posteriormente forfer como hierro adicional.^{9,10} Aquí el límite inferior del intervalo de confianza mayor que 1, indicó que era un factor de riesgo que de ser eliminado, beneficiaría a los

lactantes con solo amamantarles de forma exclusiva, pues la absorción del hierro contenido en la leche materna es superior.

De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud, cerca de 35 a 75 % de las gestantes (promedio 56 %) en los países en vías de desarrollo – incluida Latinoamérica con 40 % -- y alrededor de 18 % de las embarazadas en las naciones industrializadas, están anémicas durante la gravidez.² La anemia ferropénica constituye 75 % (en algunas regiones 90 %) de todas las anemias diagnosticadas durante el embarazo.¹¹ En esta serie, el intervalo de confianza mayor que 1 puso de manifiesto que se trataba de un factor de riesgo muy importante y que debía ser tomado en cuenta desde la etapa preconcepcional, a fin de que la mujer concibiera la gestación con un nivel adecuado de hemoglobina, capaz de garantizar el óptimo crecimiento y desarrollo del futuro bebé.⁶

Erazo (2013) EL SALVADOR realizó un estudio “Factores asociados con la presencia de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años de 7 municipios de la zona norte de Morazán, periodo enero 2012 a marzo 2013”, cuyo objetivo fue Explicar los factores asociados con la presencia de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años, fue un estudio de tipo cuantitativo, analítico, no experimental de casos y controles, a las conclusiones a las que llegaron

Existe un mayor riesgo de presentar anemia aquellos niños que viven en el área rural, que son hijos únicos, con edad menor de 2 años, que no cuentan con suplementación de sulfato ferroso y dosis de

antiparasitario al día, con desnutrición severa, sobrepeso; además de tener madres adolescentes, solteras y con ingreso per capita menores de un dólar por día; y en niños menores de 6 meses, el bajo peso al nacer y las prácticas inadecuadas de lactancia materna.⁷

Guerreiro dos Reis (2013) BRASIL realiza un estudio sobre “La prevalencia de anemia en niños de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de Ribeirão Preto, SP, Brasil” fue un estudio transversal, observacional, descriptivo y cuantitativo. Participaron tres servicios de salud, a saber: UBDS Vila Virgínia de Ribeirão Preto-SP; Centro de Salud Escuela del Butanta, en Sao Paulo, y ambulatorio de pediatría del Instituto Fernandes Figueira en Rio de Janeiro, las conclusiones a las que llegaron fueron:

Fueron entrevistadas 121 madres, la mayoría 93 (76,6%) vivía con el compañero; 90 (74,6%) no trabajaban afuera del hogar. La edad de las madres varió de 15 a 41 años, con promedio de 25,5 (de=6,4) y mediana de 24 años. En cuanto a la escolaridad, 66 (54,5%) cursaron la enseñanza fundamental (incompleta y completa); 2 (1,7%) eran analfabetas y 3 (2,5%) tenían nivel superior completo. En cuanto a los 121 niños, 66 (54,5%) eran del sexo masculino; 110 (91%) nacieron a término; 69 (57%) eran menores de seis meses, con edad promedio de 189,9 días (de=80,3) y la mediana fue de 169 días. Con relación al amamantamiento materno, 78 (64,5%) niños estaban siendo amamantados en el día de la entrevista y 43 (35,5%) estaban desmamados, incluyendo 2 niños que nunca mamaron. Entre los 78 niños, 7 (9,0%) estaban en

AME; 13 (16,7%) en AMP y 58 (74,3%) en AM. De los 69 (100,0%) niños menores de seis meses, 7 (10,1%) estaban en AME, 11 niños (16%) en AMP, 35(50,7%) en AM siendo que 25 de estos estaban en amamantamiento mixto, 15 (21,7%) desmamados y 1 (1,4%) nunca fue amamantado. De los 52 (100,0%) niños mayores de 6 meses, 2 (3,8%) estaban en AMP, 23 (44,2%) en AM siendo que 15 de estos, en amamantamiento mixto (8 niños recibían leche de vaca líquida y 7 leche en polvo), 8 en AM; 27 (52%) desmamadas, y uno de ellos nunca había sido amamantado. Del total de los 121 niños, el promedio del AME fue de 81,1 días (de=52,5) y la mediana, de 90 días. Para el total de 78 niños que estaban siendo amamantados, el tiempo promedio de AM fue de 170,7 días (5,7 meses) y la mediana de 151,5 días (5 meses). En cuanto al amamantamiento artificial, sea por el consumo de leche de vaca líquida y/o leche en polvo, del total de 69 niños menores de 6 meses, 19 (27,5%) y 23 (33,3%) estaban recibiendo leche de vaca líquida y leche en polvo, respectivamente. En las mayores de 6 meses (n= 52), el consumo de leche de vaca aumentó para 61,5%, en cuanto que el de leche en polvo disminuyó para 23,1%. El consumo de agua y/o té fue de 82,6% para los 69 niños menores de 6 meses. Del total de los 121 niños de 3 a 12 meses de edad incompletos, distribuidos conforme intervalo de edad y valor de la hemoglobina comprobada en la recolección de datos, el valor promedio y mediana de la hemoglobina fue de 11,1g/dL; desvío estándar de 1,41. El menor valor de la hemoglobina encontrado fue de 7,3 y el máximo de 15,4 g/dL. ⁸

Jácome V. Ximena (2013) ECUADOR realizó una investigación sobre “Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013”, cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo asociados al estado nutricional de los infantes, se utilizó la encuesta alimentaria y la evaluación antropométrica como métodos de recolección de datos. Al finalizar la investigación se concluyó que:

Las prácticas de alimentación complementaria (hábitos alimentarios e ingesta calórica) tiene una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones sobre la alimentación del infante (porciones, cantidad, frecuencia, calorías) negativamente cuando no se cumple las exigencias indicadas⁹

MENDIZABAL V. (2014) GUATEMALA realizó un estudio titulado “Prevalencia de anemia en niños y niñas con desnutrición crónica de 6 a 12 años de la Escuela Oficial Urbana de Santa Catarina Palopó, departamento de Sololá, Guatemala”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre anemia y desnutrición crónica en los niños de 6 a 12 años e la jornada matutina de la Escuela Oficial Urbana Mixta de Santa Catarina Palopó en el departamento de Sololá, fue un estudio cuyo diseño es no experimental de tipo transversal, a las conclusiones a las que llegaron fueron:

De 170 niños y niñas de 1ero , 2do y 3er grado primaria , 93 tienen desnutrición crónica los cuales 45 participaron en la evaluación de hemoglobina y de estos 12 tienen anemia. Según la frecuencia de consumo la mayoría

*consume más alimentos de origen vegetal que de animal y la mayoría vive en condiciones adecuadas de vivienda*¹⁰

2.1.2. Antecedentes Nacionales

PARANCCO (2015) PUNO realiza un estudio “efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses”, cuyo objetivo fue Determinar el efecto de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia, el estudio fue de tipo descriptivo y corte longitudinal. La muestra estuvo conformada por 30 niños con diagnóstico de anemia que reciben el suplemento de sulfato ferroso; las conclusiones a las que se llegó fue:

*El 63% de niños consumen el sulfato ferroso media hora de las comidas, el 37% de niños aceptan solo sulfato ferroso, el 100% de niños no comparten y reciben el sulfato ferroso del Puesto de Salud, el 60% de niños no presentan malestar al consumir, el 80% de niños continúan el sulfato a pesar del malestar, el 57% de niños consumen el sulfato a diario, el 63% de niños consumen 1 cuchara de sulfato, y el 100% de madres conservan en caja el sulfato ferroso.*¹¹

AQUINO (2017) HUÁNUCO realizó un estudio “factores asociados a la anemia por deficiencia de hierro en los niños escolares” cuyo objetivo fue Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia por deficiencia de hierro en los niños escolares, el método fue un estudio analítico con una muestra de 89 niños escolares; se obtuvieron los siguientes resultados:

El 60,7% de niños presentaron anemia por deficiencia de hierro. Los factores de riesgo que se asociaron a la anemia por deficiencia de hierro fueron tener procedencia rural ($p < 0,03$). Conclusiones: Los factores de riesgos demográficos, familiares, socioeconómicos, domiciliarios, dietéticos y patológicos se asociaron con la anemia por deficiencia de hierro.¹²

CAMPOS, F. (2012) CAJAMARCA realizó un estudio “factores socioeconómicos, culturales y la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Centro de salud otuzco”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los Factores Socioeconómicos, Culturales y la anemia ferropénica en niños menores de tres años, fue un estudio descriptivo, correlacional, analítico, de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 20 niños menores de tres años con sus respectivas madres. Los instrumentos de recolección de información fueron: un cuestionario aplicado a las madres y la observación indirecta de las historias clínicas en la cual se recopiló resultados del tamizaje de hemoglobina de los niños. Los resultados relevantes fueron:

En el factor económico el 100% de las madres son amas de casa y el 50% de los padres son agricultores de los cuales el 35% de los niños presentaron anemia leve y el 15% moderada. En el factor cultural el 95% de los niños recibieron lactancia materna de igual manera la duración de ésta es más de los 6 meses de edad; el 80% consumen de cuatro a más alimentos al día presentando anemia leve 45% y moderada 35%; los niños consumen cereales menestras carne verduras y/o frutas en su dieta diaria en

un 35% de los cuales 15% tienen anemia leve y 20% moderada. Concluyendo que la anemia ferropénica leve se presenta en mayor porcentaje que la anemia moderada 65% y 35% respectivamente. Y que existe relación entre los factores económicos y culturales con la anemia ferropénica en niños menores de tres años atendidos en el C.S Otuzco¹³

QUEZADA E. (2014) LIMA realizó un estudio “Factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 1 año. Centro de Salud Callao – 2014”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el Centro de Salud Callao – 2014, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño de casos y controles independientes, analítico, observacional y retrospectivo en 120 historias clínicas de niños y niñas menores de 1 año, 40 historias clínicas (casos) y 80 historias clínicas (controles). La técnica que se utilizó fue la observación y el instrumento una lista de chequeo. El instrumento ha sido validado por autores nacionales y usados oficialmente en nuestro país en el Plan de Atención Integral de Salud de la Niña o Niño. Resultados:

Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 1.77) evidenció que los niños de 7 a 11 meses tuvieron 1 vez más probabilidad de riesgo de presentar la enfermedad; (OR = 2.14) estimó que los varoncitos tuvieron 2 veces más probabilidades de riesgo; y el (OR = 2.60) con 2 veces más riesgo los que nacieron con peso 2200 a 2999 gramos. Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 3.86) evidenció que tuvieron 3 veces más riesgo por no dar lactancia materna exclusiva, 6 veces por no brindar una alimentación complementaria correcta (OR = 6.60); y 5

veces por no darles frutas y verduras (OR= 5.57). Al estimar el valor de Odds Ratio (OR = 6.60) evidenció que los niños o niñas menores de 1 año tuvieron 6 veces más probabilidades de riesgo de presentar anemia por haber tenido diarrea; y 3 veces más riesgo por haber padecido de parasitosis intestinal (OR = 3.45). Conclusiones: Se encontró asociación significativa entre las características sociodemográficas: sexo, y peso; el tipo de dieta y la lactancia materna exclusiva, las infecciones padecidas por los niños como factores de riesgo asociados al desarrollo de la anemia ferropénica en niños menores de 1 año en el Centro de Salud Callao.¹⁴

CÉSPEDES, M. (2015) LIMA, en su estudio "Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín", tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres, estudio de tipo descriptivo y corte transversal; su muestra fue de 100 madres de familia y los resultados fueron:

40% de las madres presentaron un nivel de conocimientos "Medio", el 31% "Bajo" y el 29% nivel alto.¹⁵

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

TEORÍA DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

La comprensión de las teorías y modelos de enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones.

La exploración del MPS puede ayudar a profesionales de la salud a entender el proceso salud-enfermedad, así como a apoyar la práctica de enfermería, es por esto que el MPS es una pieza fundamental en este trabajo de investigación ya que va a permitir conocer las creencias y los conocimientos que tienen las madres y poder modificarlos por medio de las sesiones educativas y demostrativas para así alcanzar el bienestar de sus lactantes.

2.2.2 Conceptual

2.2.2.1 Anemia

La anemia es un trastorno de la sangre. La sangre es un líquido esencial para la vida que el corazón bombea constantemente por todo el cuerpo a través de las venas y las arterias. Cuando hay algo malo en la sangre, puede afectar la salud y la calidad de vida.

Hay muchos tipos de anemia, como la anemia por deficiencia de hierro, la anemia perniciosa, la anemia aplásica y la anemia hemolítica. Los distintos tipos de anemia tienen relación con diversas enfermedades y problemas de salud.

La anemia puede afectar a personas de todas las edades, razas y grupos étnicos. Algunos tipos de anemia son muy comunes y otros son muy raros. Unos son muy leves y otros son graves o incluso mortales si no se hace un tratamiento enérgico. Lo bueno es que a menudo la anemia se puede tratar con éxito y hasta prevenir.

2.2.2.1.1 ¿Cuáles son las causas de la anemia?

La anemia se presenta si el organismo produce muy pocos glóbulos rojos, si destruye demasiados glóbulos rojos o si pierde demasiados glóbulos

rojos. Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, una proteína que transporta oxígeno por todo el cuerpo. Cuando usted no tiene suficientes glóbulos rojos o la cantidad de hemoglobina que tiene en la sangre es baja, su organismo no recibe todo el oxígeno que necesita. Como resultado, usted puede sentirse cansado o tener otros síntomas.

En ciertos tipos de anemia, como la anemia aplásica, el organismo tampoco cuenta con un número suficiente de otros tipos de células de la sangre, como leucocitos y plaquetas. Los leucocitos le ayudan al sistema inmunitario a luchar contra las infecciones. Las plaquetas contribuyen a la coagulación de la sangre, que sirve para detener el sangrado.

Muchas enfermedades, problemas de salud y otros factores pueden causar anemia. Por ejemplo, la anemia puede ocurrir durante el embarazo si el organismo no puede satisfacer la necesidad de que haya más glóbulos rojos. Ciertos trastornos autoinmunitarios y otros problemas de salud pueden hacer que el organismo produzca proteínas que destruyen los glóbulos rojos y eso puede causar anemia. El sangrado abundante interno o externo—por ejemplo, por heridas—puede causar anemia porque el cuerpo pierde demasiados glóbulos rojos.

Las causas de la anemia pueden ser adquiridas o hereditarias. “Adquirido” significa que uno no nace con un problema de salud, sino que lo presenta más adelante. “Hereditario” significa que sus padres le transmiten el gen del problema de salud. A veces la causa de la anemia no se conoce.

2.2.2.1.2 Diagnóstico de la anemia

Una persona averigua que tiene anemia de distintas maneras. Usted puede tener síntomas e ir al médico y este descubre la anemia con pruebas de sangre. El médico también puede darse cuenta de que usted tiene anemia con los resultados de pruebas que le haya hecho por otro motivo. Probablemente el médico le preguntará acerca de sus antecedentes médicos y familiares, le hará un examen y le recomendará que se haga

pruebas o procedimientos para ver si tiene anemia, cuál es la causa y qué tan grave es. Esta información le servirá al médico para tratar la anemia y el problema de fondo que la causa. La mayoría de las anemias son tratables. Por eso es importante un diagnóstico exacto.

2.2.2.1.3 Signos y síntomas de la anemia

- Cansancio o debilidad
- Piel pálida o amarillenta
- Desaliento o mareo
- Sed en exceso
- Sudor
- Pulso débil y rápido; respiración rápida
- Sensación de falta de aliento
- Calambres en la parte inferior de las piernas
- Síntomas de problemas del corazón (ritmos cardíacos anormales, soplos, aumento de tamaño del corazón, insuficiencia cardíaca)

2.2.2.1.4 Tratamiento de la anemia

Con frecuencia la anemia es fácil de tratar. El tratamiento que el médico elija depende del tipo de anemia que usted tenga, de la causa de esta y de su gravedad.

Los principales objetivos del tratamiento son:

- Aumentar las cifras de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina para mejorar la capacidad de la sangre de transportar oxígeno
- Tratar el problema de fondo que está causando la anemia
- Prevenir complicaciones de la anemia, como daños del corazón o los nervios
- Aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida

Si usted sufre anemia leve o moderada y no tiene síntomas—o si la anemia no está empeorando—tal vez no necesite tratamiento. El tratamiento de algunas anemias consiste en modificar la alimentación y tomar suplementos nutricionales. Para otras anemias el tratamiento consiste en medicinas, procedimientos, cirugías o transfusiones de sangre (en el caso de la anemia grave).

2.2.2.1.5 Cómo prevenir o controlar la anemia

Usted puede tomar medidas para prevenir o controlar la anemia. Estas medidas pueden proporcionarle más energía y mejorar su salud y su calidad de vida. He aquí unas cuantas cosas sencillas que usted puede hacer.

2.2.2.1.6 Consuma una alimentación saludable

Al consumir una alimentación saludable usted se asegura de obtener una cantidad suficiente de los nutrientes que su cuerpo necesita para producir células sanguíneas sanas. Entre estos nutrientes se cuentan el hierro, la vitamina B12, el ácido fólico y la vitamina C. Estos nutrientes se encuentran en una amplia gama de alimentos. Una alimentación sana también es buena para la salud en general.

Estos son los principios de una alimentación sana:

- Consumir alimentos y bebidas que contengan muchos nutrientes: verduras, frutas, cereales integrales, productos lácteos descremados o con bajo contenido de grasas, mariscos, carnes magras y aves, huevos, frijoles, guisantes (arvejas), nueces y semillas.
- Limitar el consumo de sal, grasas sólidas, azúcares agregados y granos refinados.
- Mantenerse en un peso sano equilibrando las calorías que recibe de alimentos y bebidas con las que gasta en la actividad física.

- Cumplir las normas de seguridad al preparar y consumir las comidas para reducir el riesgo de presentar enfermedades de origen alimentario.

Procure que un estilo de vida saludable sea la meta de toda la familia. Los bebés, los niños y los adolescentes crecen rápidamente. Una alimentación saludable apoya el crecimiento y el desarrollo y puede contribuir a prevenir la anemia. Tenga en casa alimentos saludables y muéstreles a sus hijos cómo elegir alimentos saludables cuando no están en casa.

Además, ayúdeles a sus padres o a otros parientes mayores a disfrutar de una alimentación saludable y rica en nutrientes. La anemia se presenta con frecuencia en los adultos mayores debido a enfermedades crónicas (constantes), falta de hierro y mala alimentación.

2.2.2.1.7 Anemia por deficiencia de hierro

Su cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina, la proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno. El hierro se obtiene principalmente de los alimentos. En ciertas situaciones—durante el embarazo, en las etapas de crecimiento acelerado o cuando se ha perdido sangre—el cuerpo puede tener que producir más glóbulos rojos que de costumbre. Por lo tanto necesita más hierro que de costumbre. La anemia por deficiencia de hierro se presenta si el organismo no logra obtener todo el hierro que necesita.

Grupos que corren más riesgo

- Los bebés y niños, los adolescentes y las mujeres en edad de procrear
- Las personas que tienen ciertas enfermedades y problemas de salud, como la enfermedad de Crohn, la celiaquía (enfermedad celíaca) o la insuficiencia renal

- Las personas que no reciben suficiente hierro a partir de los alimentos que comen
- Las personas que tienen sangrado interno

2.2.2.1.8 Tratamiento

Suplementos de hierro y cambios en la alimentación (consumir alimentos ricos en hierro y vitamina C, ya que esta vitamina aumenta la absorción de hierro en el organismo). ¹⁶

2.2.2.2. FACTORES DE LA ANEMIA

Existen muchos factores que en mayor o menor proporción van a contribuir a la aparición de la anemia en lactantes de 6 a 11 meses, siendo este el grupo poblacional uno de los más vulnerables. Se puede considerar los siguientes:

2.2.2.2.1 FACTORES PERSONALES DEL LACTANTE

Son el conjunto de actitudes que podemos cambiar de forma consciente ya que intervienen en el crecimiento y desarrollo del lactante. Dentro de los factores personales del lactante podemos mencionar:

2.2.2.2.1.1 LACTANCIA ANTES DE LOS 6 MESES

La lactancia materna (LM) hasta el sexto mes de vida, favorece el adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbi-mortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno. Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado al inicio temprano y mayor duración de esta. La educación en salud, las intervenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM.

La OMS sugiere "mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida", pero hay países lejanos a esta meta. Asimismo establece prioridades para la alimentación infantil, según el siguiente orden:

- Amamantamiento
- Leche extraída de la propia madre
- Leche de otra madre, preferible de un banco de leche
- Alimentación artificial o fórmula

Estudios en diversos países han identificado que la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona fundamentalmente con la edad materna, paridad, nivel socioeconómico, tabaquismo, consejería en lactancia, uso de tetinas (chupones), jornada laboral y algunas características del recién nacido. (Niño R. y Cols. 2012)

La lactancia materna disminuyó de 70.6% a 67.7% del 2011 al 2012 en todo el país, por el ingreso de la mujer al mercado laboral, es por ello que el estado peruano ha promulgado una ley en la cual las mujeres que trabajan tienen derecho a contar con lactarios en sus centros de labores y a una hora diaria durante su jornada para dar de lactar a su niño, hasta un año. (RPP, 2013). Por otro lado, la licencia por maternidad se amplió a un total de 98 días de licencia obligatoria (que podrán distribuirse entre 49 días de pre y 49 días de post). En apoyo a todas estas leyes, es que en el Perú como en el resto del mundo se celebra la semana de la lactancia materna, la primera semana del mes de Agosto de cada año.

2.2.2.2.1.2 DIARREA EN LACTANTES

La diarrea en bebés o niños es una enfermedad infantil que consiste en eliminar deposiciones más blandas y más frecuentes de lo habitual.

Muchos bebés que toman el pecho expulsan heces blandas u semilíquidas cada vez que comen siendo esto normal.

La mayoría de las veces es corriente defecar después de las comidas, debido a un mecanismo reflejo del intestino (cuando empieza a moverse el esófago al tragar, la “onda peristáltica” se propaga a todo el intestino y se mueve el vientre). Por tanto, se considera diarrea si el bebé o niño hace caca más veces de las que come.

Además, puede acompañarse de otros síntomas como fiebre, vómitos, ruidos intestinales o dolor. En estos casos también se utiliza la palabra gastroenteritis.

Se dice diarrea aguda, cuando dura unos pocos días. Llamamos diarrea prolongada a la que dura más de 3 semanas. Y si dura más de 3 meses, se dice que es una diarrea crónica. El aspecto, color y olor de las heces no tienen demasiada importancia y dan pocas pistas acerca de la causa, pero a veces podemos encontrar:

- **Heces con restos de alimentos:** casi enteros como guisantes, zanahoria o lentejas. Esto es normal.
- **Moco:** puede estar causado por un resfriado o por inflamación intestinal.
- **Hebras de sangre:** son frecuentes en el caso de diarrea por rotavirus. Los padres suelen alarmarse. Convendrá descartar una invaginación y, quizás, analizar las heces mediante un cultivo.

¿Por qué se produce la diarrea en bebés y niños?

En los bebés, las causas más frecuentes son:

1. 1.- La alimentación:

- **El biberón está mal preparado:** Quizá muy espeso (lo adecuado es poner una medida de leche infantil en polvo por cada 30 c.c. de agua).

- **El agua con que se preparó el biberón estaba contaminada:** No es frecuente si se utiliza agua de la red pública o embotella. (Hay más riesgo con aguas de pozo).
- **El bebé ha tomado algún alimento que no le ha sentado bien:** Quizá, porque aún era pequeño para tomarlo. Por ejemplo, cuando se quiere dar papillas o puré demasiado pronto o alguien sugirió que se le diera miel al bebé porque estaba estreñido.

1. 2.- Infecciones:

- Hay varios tipos de virus que suelen causar diarrea a los bebés. Dos de los más conocidos son los Rotavirus y los Adenovirus. Pueden producir epidemias de diarreas en invierno y primavera, porque se transmiten igual que los resfriados.
- Algunas bacterias también pueden causar diarrea como la Salmonella, la Shigella, el Campylobacter o la Yersinia, entre otras. Por lo general, causarán más fiebre.
- A veces, la diarrea puede ser un síntoma que acompañe a las infecciones de orina.

1. 3.- Medicamentos.

- Muchos antibióticos pueden producir diarrea.
- Algunos fármacos, llamados “procinéticos”, que se utilizan para tratar el reflujo gastro esofágico pueden producir diarrea, aunque suele ser leve.

¿Es una enfermedad infantil grave?

Por lo general, las diarreas no son enfermedades graves, al menos en los países occidentales en que se disfruta de buen nivel de bienestar y adecuada higiene ambiental.

El mayor peligro de una diarrea es la deshidratación. Además, es frecuente que el bebé pierda peso, aunque lo recuperará en pocos días.

¿Qué hacemos?

Para evitar la deshidratación se debe ofrecer al bebé abundante líquido, en pequeñas cantidades para que no lo vomite.

Puede ser agua simplemente, o mejor, las soluciones de rehidratación que recomiendan los expertos (de venta en farmacias)

No se recomienda dar a los bebés con diarrea:

- Infusiones (té o manzanilla)
- Zumos de frutas (ni natural ni comercial). Hay quien cree que el zumo de manzana puede ser astringente, pero por su alto contenido en azúcares (sorbitol), su efecto es el contrario.
- Refrescos o soluciones caseras (limonada).

A continuación, si el niño no vomita, es importante empezar a darle alimentos precozmente.

La dieta dependerá de la edad del bebé o niño y de su alimentación habitual.

Ejemplos:

1. **Bebé que toma solamente el pecho:** Puede y debe seguir tomándolo sin limitación de horario. La madre debe procurar beber más agua, estar relajada y dispuesta para dar al bebé de mamar a menudo.
2. **Bebé que se alimenta con biberones exclusivamente:** Se puede utilizar la misma fórmula infantil. Quizá, un poco más diluida el primer día. Se recomienda que los biberones sean de menor volumen, aunque tenga que tomar más veces. Entre las tomas, ofrecer agua o soluciones de rehidratación.
3. **Bebé que ya toma otros alimentos además del pecho o el biberón:** En general, mayores de 6 meses)

La dieta puede ser como sigue:

- **Biberones:** Deben ser de fórmula infantil, en menor cantidad.
- **Cereales:** Puede tomarlos con su leche habitual, en el biberón o en papilla. Pueden ser de 1, 2,3 o 5 cereales . Lo más clásico es la crema de arroz. No usar los que llevan miel.
- **Frutas:** El bebé podrá tomar plátano y/o manzana rallada.
- **Puré o potito:** Este preparado es preferible que contenga pollo, ternera o con arroz y/o zanahoria y/o patata. (Ojo, el pescado blanco no se recomienda antes de los 10 meses).
- **Otros alimentos bien tolerados:** Productos como el yogurt natural, jamón de York, pan, tapioca o galletas. Los padres deben asegurarse de que el bebé toma suficiente agua o solución de rehidratación.

¿Qué hacer si el bebé no mejora?

En caso de que el bebé no mejorase en 2 días, es recomendable consultar al pediatra.

Quizá, considere conveniente hacer un análisis de las heces (coprocultivo) para conocer el germen o el virus que causa la diarrea, pero el resultado tarda alrededor de una semana y no es fundamental para el tratamiento.

Si el bebé es pequeño, y además tiene fiebre y vómitos, conviene asegurarse de que la causa no es una infección urinaria.

Si observan que el culito se encuentra excesivamente irritado puede indicar que el bebé ha desarrollado una intolerancia a la lactosa

En ese caso, pueden utilizar para los biberones y papillas una fórmula infantil sin lactosa que se prepara del mismo modo que la leche infantil habitual (un cacito raso por cada 30 c.c. de agua).¹⁷

2.2.2.2 FACTORES SOCIOCULTURALES

2.2.2.2.1 OCUPACIÓN E INGRESO ECONÓMICO

La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo. ¹⁸

2.2.2.2.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

El grado de instrucción de los padres, de manera especial quien dedica más tiempo al cuidado del niño, puede tener un rol decisivo como causa indirecta en la existencia de los problemas alimentarios. El nivel de instrucción de los padres o cuidadores puede estar relacionado con una adecuada selección y preparación de los alimentos, además le permite tener mayores elementos y estrategias para guiar una buena conducta alimentaria que lo acompañará el resto de su vida. (Reinoso P. 2013) ¹⁹

2.2.2.3 FACTORES NUTRICIONALES

2.2.2.3.1 TIPO DE LECHE

2.2.2.3.1.1 LECHE MATERNA

Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todas las sustancias nutritivas (grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua) que necesita el lactante en los primeros 6 meses de vida.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Lactante que recibe solamente leche del pecho de su madre; o aquel que recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos

o sólidos, ni siquiera agua, con excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos

2.2.2.3.1.2 LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Se llaman fórmulas adaptadas porque se adaptan a las características del Bebé. Su organismo no está lo suficientemente desarrollado y tiene algunas funciones incompletas. Así por ejemplo, el aparato digestivo tiene poca capacidad de asimilación, regurgita fácilmente durante los primeros meses debido a la escasa motilidad del Esófago y la baja tonicidad del cardias (válvula de inicio del Estómago).

El desarrollo muscular es bajo y el cerebro no está lo suficientemente maduro para coordinar acciones como respirar, succionar y deglutir. El riñón tiene limitada la capacidad de eliminar el sodio y no es capaz de eliminar todas las sustancias de desecho procedentes de las sustancias ingeridas. Hacia el cuarto mes estas funciones se perfeccionan permitiendo pasar al siguiente periodo de la alimentación en el lactante.

Fórmulas artificiales

Las fórmulas artificiales se parecen a la leche de la madre, pero relativamente poco, últimamente se ha conseguido gran similitud pero no llegan a tener Carácter inmunitario, hormonas y otros aspectos irreproducibles.

Etapas

- Primero la leche de la madre se sustituyó por leche de animales, se diluían con mucílagos (cocimiento de cereales, por ejemplo arroz) porque se sospechaba a principio de siglo que era más fuerte. Esto ocasionaba grandes alteraciones digestivas o mortalidad.

- Acidificación de la leche (leche ácida), se predigería así la leche. Llamadas Leches clorhídricas.
- Con el paso del tiempo se añadieron cereales, bacilos bífidos, etc. (especie de yogurt) eran más digestibles y mejor toleradas.
- Hoy en día continúa en investigación. Se parte de la leche de vaca, se quita la grasa, se quita el coágulo y queda el suero. A partir del suero se añaden grasas de origen vegetal, proteínas de la caseína y aminoácidos con el fin de que se parezca a la leche de la madre. Esto se hace según unos patrones, de ahí que todas las marcas de leche se parezcan muchísimo y sólo tengan pequeñas diferencias.

Dos tipos de fórmulas artificiales

- Fórmula de iniciación: preparadas siguiendo unas normas muy estrictas. Son más caras de preparar y más complicadas. Se adaptan muy bien a un lactante pequeño (hasta 4 ó 6 meses de edad).
- Fórmula de seguimiento: a partir de los 4-6 meses, son más fáciles de preparar, tienen una composición diferente. No es tan delicado y es adecuado para niños que toman otros alimentos además de la leche.

2.2.2.2.3.1.3 LACTANCIA MIXTA

La lactancia mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial, la utilización simultánea de las dos, esta forma de alimentación siempre debe prescribirse por el pediatra. Puede darse el caso de que al cabo de unos meses de alimentar al bebé con leche materna, la mamá tenga una insuficiente producción de leche (hipogalactia) o simplemente algún problema de tipo psicológico que le impida dar la cantidad de leche necesaria. Por estas u otras razones, es necesario añadir leche de fórmula en algunas tomas del día. Esta es difícil de mantener durante un largo periodo de tiempo, ya que el bebé prefiere la tetina del biberón por la facilidad con la que puede succionar el alimento y esto hace que incluso

pueda llegar a rechazar el pecho. Además la falta de estimulación en los pechos por la succión del bebé hace que cada vez la producción de leche sea menor. Los especialistas recomiendan entonces, sacar la leche materna con la ayuda de un sacaleches y así, de vez en cuando, realizar una toma de biberón con esta leche, así la mamá no perderá la capacidad de producir leche. ²⁰

2.2.2.3.2 CONSUMO DE ALIMENTOS VARIADOS

El crecimiento y desarrollo más importante durante la vida postnatal se presenta durante los tres primeros años de edad, aproximadamente el niño al cumplir un año de vida triplica su peso del nacimiento, paralelamente antes de cumplir tres años el cerebro ha alcanzado el 80% de su desarrollo en peso comparado a un cerebro adulto, lo que implica los requerimientos elevados de nutrientes adecuados para el desarrollo apropiado del niño, siendo imprescindibles la cobertura de cada nutriente entre ellos el hierro.

El lactante satisface sus necesidades de hierro a expensas de sus reservas corporales y de la leche materna que aun cuando tiene una concentración baja en hierro, es absorbido en alta proporción; las reservas desaparecen entre los 4 y 6 meses de edad por lo que a partir de esa edad la dieta debe empezar a aportar cantidades suficientes del mineral para evitar la anemia. (Solano L. y Cols, 2008)

Necesidades de hierro según edad y condición fisiológica

Edad y Condición	Necesidades de Hierro	
	0-6 meses	7- 12 meses
Niña / niño menor de 1 año	0,27 mg/día	11 mg/día

Existen dos tipos de hierro en la dieta: hierro hem y hierro no hem.

- El hierro hem (forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales) es absorbido con mucha mayor eficiencia que el hierro no hem y más aún porque potencia la absorción del hierro no he m.
- Su porcentaje de absorción, es de 15 a 35%.
- La presencia de sustancias inhibidoras o potenciadoras prácticamente no afectan su absorción a excepción del calcio.
- Los alimentos con mayor contenido de hierro hem son: sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, entre otros.

El Ministerio de Salud a través de las tablas peruanas de composición de alimentos nos brinda el contenido de Hierro que existe en 100 g de distintos alimentos. Como se puede apreciar en las siguientes tablas:

Alimento	mg de Hierro
Sangre de pollo cocida	29,6
Bazo	28,7
Hígado de pollo	8,5
Riñón	6,8
Pulmón (Bofe)	6,5

Alimento	mg de Hierro
Pavo, pulpa	3,8
Carne de res, pulpa	3,4
Pescados	2,5- 3,5
Carne , pulpa	2,2
Pollo, pulpa	1,5

- El hierro no hem se encuentra en los alimentos vegetales, se encuentra principalmente oxidado, en forma férrica (Fe^{2+}). Los iones Fe^{3+} se absorben con dificultad y necesitan proteínas de la familia de las integrinas para absorberse.

El hierro no hem presenta una menor biodisponibilidad, se absorbe del 2 al 10%, y depende de factores dietéticos. El 10% puede disminuir fácilmente

con la presencia de fitatos, oxalatos, fosfatos, polifenoles y pectinas presentes principalmente en cereales, menestras, legumbres, vegetales de hojas verdes, raíces y frutas.

- Además, los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierbas o mates en general, así como las bebidas carbonatadas bloquean de manera importante la absorción del hierro.

2.2.2.2.3.1.3 ESTADO NUTRICIONAL

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

Entre los indicadores que evalúan el estado nutricional del niño menor de cinco años está la desnutrición crónica infantil, que constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, lo reportado por el sistema de información del estado nutricional (SIEN) durante el periodo 2009 al 2013 fue que la proporción de desnutrición crónica en el menor de

cinco años ha tenido una reducción de 4,3 puntos porcentuales, siendo para el año 2013 de 20,9%.

Otro de los indicadores que evalúan el estado nutricional es la anemia, reportándose que para el año 2012 fue de 34,9%, mientras que para el año 2013 de 43,7%, en el 1 Semestre del 2014 la anemia llegó a 50,8% mostrando una tendencia a incrementarse. (MINSa, 2014) ²¹

2.2.2.3 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La enfermería comunitaria es la parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad. El profesional de enfermería comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de la atención primaria de salud (APS), la cual comprende promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, además de la prevención de la enfermedad.

En los establecimientos del primer nivel de atención del MINSa, el personal de enfermería asume el liderazgo de las actividades preventivo – promocionales, brindando cuidado integral al niño(a) a través del paquete de atención integral por etapas de vida.

En este marco la enfermera realiza actividades específicas para la prevención de la anemia desde antes del nacimiento del niño a través de la coordinación multidisciplinaria para promover un embarazo saludable en las mujeres, que garanticen la menor posibilidad de complicaciones en la salud del neonato, asegurando la edad gestacional y peso adecuado al nacer; la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad así como el inicio de la ablactancia eficaz con alimentos que contengan adecuada cantidad de hierro, además de otros nutrientes que

aseguren el buen crecimiento y desarrollo del niño, paralelamente cuando el lactante haya cumplido los 6 meses, la enfermera(o), es el profesional que indica el tamizaje de hemoglobina como también la suplementación preventiva de hierro, y como en toda actividad realiza la educación sanitaria correspondiente.²²

2.3 Definiciones de términos básicos

Anemia

Anemia Ferropénica

Lactante

Estado nutricional

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Estamos frente a un trabajo descriptivo, por lo tanto se recomienda no usar hipótesis.

3.3 Definición conceptual de las variables

3.2.1 Variable 1

FACTORES DE LA ANEMIA FERROPENICA

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
FACTORES DE LA ANEMIA FERROPENICA	Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él.	NUTRICIONALES	*Estado nutricional	5, 6 y 7	Desnutrición severa Desnutrición Normal Sobrepeso obesidad
			*Tipo de leche de consumo	9	Lactancia materna exclusiva Lactancia mixta Leche en polvo Leche de vaca
			*Consumo de alimentos	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 Y 20	Adecuada Inadecuada

		PERSONALES (BIOLOGICOS)	*Lactancia antes de los 6 meses	21	Lactancia materna exclusiva Lactancia mixta Leche en polvo Leche de vaca
			*Episodios de diarreas	22,	Ninguna Una Dos o más
			*Consumo de Multimicronutrientes	23	Si No
			*Frecuencia en las que las recibe	24	Diario Interrumpido

		SOCIOCULTURALES	*Ingreso económico	25	Menor a 750 soles 750 a 1200 soles Mayor a 1200 soles
			*Grado de instrucción	26	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
			*Ocupación	27	Ama de casa Estudiante Trabaja Estudia y trabaja
			*Nivel de conocimiento sobre anemia	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 Y 37	*Alto *Medio *Bajo

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente estudio de investigación, es de tipo cuantitativo, pues trata de medir de manera numérica los resultados de investigación, enfatiza los atributos de la experiencia humana acerca del conocimiento sobre la anemia ferropénica.

El nivel es aplicativo porque busca soluciones a las necesidades o problemas de la población y permitirá también mejorar la práctica del personal de salud. Descriptivo ya que nos permite mostrar la información tal como se obtenga de acuerdo a la realidad, de corte transversal porque en un determinado tiempo, midió los factores con la anemia ferropénica, favoreciendo con ello la veracidad de los hallazgos, así como las conclusiones de la presente investigación.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación será no experimental de tipo descriptivo ya que posee una sola variable, en la misma unidad de investigación de estudio.



Donde:

M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

O₁: Variable 1

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

Para el presente estudio se consideró según registros dados por padrón nominal del Establecimiento de Salud Miguel Checa en conjunto con los registros dados por la Municipalidad de Sullana a 80 niños cuyas edades están comprendidas entre 6 meses a 11 meses, los cuáles formarán parte de la población de estudio sólo aquellos quienes fueron diagnosticados con anemia ferropénica y que asistan al Consultorio de crecimiento y desarrollo en el CS Miguel Checa.

4.2.2 Muestra de Estudio

Para obtener la muestra, se aplicará el muestreo aleatorio simple, teniendo un nivel de confianza 95% y un error de 0.05. Según la siguiente fórmula.

$$\eta = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

Z=	1.96		
p=	0.5		
q=	0.5		
N=	80	66.35	66
e=	0.05		
N-1=	451		

Quedando con una población de 66 niños quienes serán sometidos a los criterios de exclusión.

• Criterios de inclusión

Cuidadores de niños cuyas edades estén comprendidas entre 6 a 11 meses que tengan anemia ferropénica

Cuidadores que asisten con su niño a la consulta de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Miguel Checa

Cuidadores que asisten con su niño a la consulta de crecimiento y desarrollo y que deseen participar.

• Criterios de exclusión

Cuidadores que no acepten participar en la investigación

Encuestas con datos incompletos

Madres menores de 16 años

Lactantes menores de 11 meses que no tengan anemia

Lactantes menores de 6 meses.

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

En el presente trabajo de investigación se utilizará la entrevista para la aplicación del instrumento.

Instrumento

Se utilizará como instrumento para la recolección de datos el cuestionario que tiene como autores Maldonado Andrea y Tapia José. La procedencia de este instrumento es de Arequipa – Perú validado por 3 jueces por unanimidad:

Xavier Sacca Urday – Responsable de Investigación INSA – UNSA.

Luis Alberto Linares Pastigozo – Docente

María Alicia Berrios Cadenas – Responsable

El presente instrumento tiene el propósito de Identificar los factores de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses, dirigidos a las cuidadores de niños que tengan anemia ferropénica el día de la entrevista.

Parte I: Incluirá la Presentación del cuestionario, donde se detalla el nombre de la investigadoras, el objetivo de la investigación y las características del instrumento.

Parte II: Comprenderá las instrucciones a seguir por el entrevistador.

Parte III: incluirá los datos generales de las personas entrevistadas.

Parte IV: tendrá en su contenido el conjunto de ítems a responder relacionados con el problema de estudio.

Instructivo del cuestionario:

Este cuestionario está constituido por 37 preguntas; las cuales están divididas en 3 partes.

Primera parte: Datos generales 8 preguntas las cuales se marcará con un aspa las que corresponda.

Segunda parte: Referido a los factores Personales, Socioculturales y Nutricionales distribuidas de la siguiente manera:

La pregunta 9 relacionada al tipo de leche de consumo del lactante teniendo 5 opciones de respuesta.

De la pregunta 10 a la 20 están relacionadas al consumo de alimentos variados, teniendo 3 opciones de respuesta: diario, Interdiario, dos o menos veces por semana;

Si el lactante tiene 6 meses la madre responderá las preguntas 10, 11 y 12.

Si el lactante tiene 7-8 meses la madre responderá las preguntas 13, 14, 15 y 16.

si el lactante tiene 9-11 meses la madre responderá las preguntas 17, 18, 19 y 20.

Si todas las respuestas son "Diario" se considera que la alimentación es "Adecuada", pero si al menos una de las respuestas es diferente a "Diario" entonces se considera que la alimentación es "Inadecuada".

La pregunta 21 está referida al tipo de lactancia que recibió el menor antes de los 6 meses, teniendo 3 opciones de respuestas.

La pregunta 22 está referida al número de episodios de diarreas en los lactantes, siendo una pregunta abierta, las madres responderán cuantos episodios de diarrea tuvo su niño de acuerdo a su caso.

La pregunta 23 está relacionada al consumo de chispitas, son de naturaleza dicotómica. Si la respuesta es afirmativa se responde la pregunta 24 relacionada a la forma de consumo de las chispitas. Si es negativa se pasa a la pregunta 25.

La pregunta 25 está relacionada al ingreso económico familiar, teniendo como respuesta 3 opciones.

La pregunta 26 está relacionada al grado de instrucción teniendo 4 opciones como respuesta.

La pregunta 27 está relacionada a la ocupación que realiza actualmente la madre siendo 4 sus posibles respuestas.

Tercera parte: referida al nivel de conocimientos sobre anemia que posee la madre.

Las respuestas correctas a las preguntas son:

28-a, 29-a, 30- b, 31-c, 32- a, 33-a, 34-a, 35-a, 36-a, 37-b.

Cada pregunta correcta tiene un valor de 2 puntos, se catalogará el nivel de conocimientos de la siguiente manera:

Alto 16-20 puntos

Medio 10-14 puntos

Bajo 0-8 puntos

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en cuadros, gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variable de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA N° 01: EDAD Y SU ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	
	N°	%
18 ^a – 22 ^a	6	23%
23 ^a – 27 ^a	10	38%
28 ^a – 32 ^a	8	31%
33 ^a A más	2	8%
TOTAL	26	100%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	
	N°	%
SOLTERA	2	8%
CASADA	15	57%
CONVIVIENTE	9	35%
DIVORCIADA	0	0%
VIUDA	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Cuestionario

En la población de estudio conformada por 26 lactantes con anemia se encontró que las edades de sus madres comprenden el mayor porcentaje entre 23 años a 27 años de edad con un 38%; en cuanto a su estado civil el 57% de ellas están casadas.

TABLA N° 02: EDAD DEL MENOR, SEXO Y TIPO DE ANEMIA DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

EDAD DEL MENOR	FRECUENCIA	
	N°	%
6M	4	15%
7M – 8M	12	46%
9M – 11M	10	39%
TOTAL	26	100%
SEXO DEL LACTANTE	FRECUENCIA	
	N°	%
FEMENINO	17	65%
MASCULINO	9	35%
TOTAL	26	100%

Fuente: Cuestionario

En la población de estudio conformada por 26 niños con anemia se puede observar que el mayor porcentaje está comprendido entre 7 y 8 meses con un 46% y sólo el 15% de ellos son de 6 meses.

Observamos también que el 65% de ellos son de sexo femenino, mientras que un 35% son de sexo masculino.

TABLA N° 03: FACTORES NUTRICIONALES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	
	N°	%
Desnutrición severa	3	12%
Desnutrición	5	19%
Normal	15	57%
Sobrepeso	3	12%
Obesidad	0	0%
TOTAL	26	100%

TIPO DE ANEMIA	FRECUENCIA	
	N°	%
LEVE	14	53%
MODERADA	10	39%
SEVERA	2	8%
TOTAL	26	100%

FACTORES NUTRICIONALES	ADECUADA		INADECUADA	
	N°	%	N°	%
6m	3	12%	3	12%
7m a 8m	3	12%	7	26%
9m a 11m	3	12%	7	26%
TOTAL	9	36%	17	64%

Fuente: Cuestionario

En la población de estudio conformada por 26 lactantes con anemia se encontró con mayor predominio que el 64% de ellos presentan una inadecuada alimentación, el 53% presenta anemia leve y sólo el 57% presentan un estado nutricional normal.

TABLA N° 04: FACTORES PERSONALES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

FACTORES PERSONALES	FRECUENCIA	
	N°	%
Lactancia materna Exclusiva	15	58%
Leche evaporada	0	0%
Leche en polvo	0	0%
Lactancia Mixta	11	42%
TOTAL	26	100%
EPISODIOS DE DIARREAS	FRECUENCIA	
	N°	%
Ninguna	9	35%
Una	6	23%
Más de dos	11	42%
TOTAL	26	100%
RECIBE CHISPITAS ACTUALMENTE	FRECUENCIA	
	N°	%
Si	18	69%
No	8	31%
TOTAL	26	100%
COMO LAS RECIBE	FRECUENCIA	
	N°	%
Diario	12	46%
Interrumpido	6	23%
No les da	8	31%
TOTAL	18	100%

Fuente: Cuestionario

En la población de estudio conformada por 26 lactantes con anemia se encontró que el 42% de ellos reciben Lactancia mixta y el 42% también presentaron más de dos episodios de diarreas.

El 58% de los lactantes reciben Lactancia materna exclusiva, pero cuando hablamos de los Multimicronutrientes “chispitas”, podemos encontrar que al 69% de los lactantes les dan las chispitas pero sólo el 46% los administra de manera adecuada; el 54% de los lactantes no reciben una adecuada administración del suplemento.

TABLA N° 05: FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES DE LOS LACTANTES DE 6 A 11 MESES CON ANEMIA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

FACTORES SOCIOCULTURALES	FRECUENCIA	
	N°	%
INGRESO ECONÓMICO		
Menor a 750 soles	15	58%
750 a 1200 soles	6	23%
Mayor a 1200 soles	5	19%
TOTAL	26	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Sin estudios	0	0%
Primaria	8	31%
Secundaria	13	50%
Superior	5	19%
TOTAL	26	100%
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Ama de casa	18	69%
Estudiante	2	8%
Trabaja	6	23%
Estudia y trabaja	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Cuestionario

Esta tabla nos muestra que el 58% de las madres de lactantes con anemia posee ingreso inferior a los S/. 750.00 nuevos soles y un 42% superior a esta cifra. Además se observa que el 50% cuenta hasta con secundaria completa y solamente el 19% tiene estudios superiores. También se muestra que un 69% de las madres de estos lactantes son amas de casa, el 23% trabajan y sólo un 8% son estudiantes.

TABLA N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPENICAS DE LAS MADRES DE LACTANTES DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MIGUEL CHECA - PIURA 2018

CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA	FRECUENCIA	
	N°	%
Alto	8	31%
Medio	18	69%
Bajo	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Cuestionario

En la población de estudio conformada por 26 madres de niños con anemia se encontró que el 31% de ellas que corresponden a 8 madres tienen un nivel de conocimiento alto en relación a cómo detectar la anemia en sus niños ya sea mediante exámenes de laboratorio, signos y/o síntomas y cuál es su tratamiento, mientras que el 69% de ellas que equivalen a 18 madres tienen un nivel de conocimiento medio.

5.2 Resultados Inferenciales

En la presente investigación no existen resultados inferenciales ya que posee 1 sola variable de estudio.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

No hay ya que no posee hipótesis por ser descriptiva.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

La mayor prevalencia de anemia en niños menores de 12 meses podría reflejar un estado previo de deficiencia de hierro debido al agotamiento rápido de las reservas durante los primeros meses de vida, una ingestión deficiente de hierro en la dieta luego de los primeros seis meses, o una combinación de ambos mecanismos. Durante los primeros meses de vida, el lactante satisface sus necesidades de hierro a expensas de sus reservas corporales.²³

En la relación edad y sexo de nuestro estudio, se encontró un predominio de los lactantes entre 7 y 8 meses y del sexo femenino sin embargo en otras investigaciones realizadas en lactantes menores de un año se evidenció el predominio del sexo masculino y los lactantes entre 9 a 11 meses.^{24, 25}

Por otra parte en la relación edad de la madre y estado civil, se evidencia un predominio entre las edades de 18 a 27 años con un 61% y estado civil casadas con el 57%. Mientras que en otro estudio²⁴ con la misma relación predominaron las madres entre 18 a 27 años con el 46% y el 67.2% el estado civil convivientes. El alto porcentaje de mujeres casadas en esta investigación nos lleva a pensar que al ser Miguel Checa un distrito donde se mantienen las creencias populares, las hijas cuando salen embarazadas

tienen la obligación de casarse por el respeto a la familia, ello explica también el 8% de madres solteras.

Según el Plan Nacional para la reducción y el control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017-2021 se estima que hay 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia, durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior, está relacionada con la desnutrición infantil.²⁶ Sin embargo en esta investigación se constató que el estado nutricional de los lactantes anémicos era normal coincidiendo este resultado con otro similar estudio.²⁴

También encontramos que la mayoría de lactantes tiene una anemia leve con un 53% y recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses siendo ésta predominante con un 58%. Este resultado contrasta con un estudio realizado en Cuba sobre la caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica donde predominó la anemia moderada porque no se mantuvo la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.²⁵ Según el Reporte de Políticas de Salud, de cada 100 casos de anemia, 64 corresponden a anemia leve. La anemia leve, no da signos o síntomas evidentes, razón por la cual los cuidadores del niño no reconocen que este tiene anemia y generalmente asumen una actitud pasiva frente al tema.²⁸

Se tiene evidencia suficiente que la anemia ferropénica en el lactante y en el niño menor de 2 años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo, peores puntuaciones en los test de función cognitiva y comportamiento, así como con alteraciones sobre la fisiología auditiva y visual.²⁷

En este estudio se observa que el 64% de los pacientes con anemia tienen una inadecuada alimentación, mientras que el 36 % si la tiene, esto corresponde con la bibliografía consultada.^{24,27} En la literatura internacional se plantea el modelo causal de la anemia el cual es adoptado

en el país por Zavaleta ²⁹. Entre las causas inmediatas se reconoce el consumo inadecuado de hierro y de otros micronutrientes a partir de los alimentos. ²⁶

Otras causas inmediatas de la anemia son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis, malaria, etc. Esta situación está asociada a inadecuadas prácticas de higiene, de lavado de manos, limitado acceso a agua segura y saneamiento básico. ²⁶ En esta investigación se observa que el 65% de los lactantes con anemia tuvo uno o más episodios de diarreas, lo que nos lleva a pensar la inapropiada manipulación de los biberones al momento de preparar la leche que conlleva a los cuadros de diarrea, no permitiendo una buena absorción de los nutrientes recibidos; esto se corrobora también con la bibliografía citada. ²⁷

La anemia afecta al niño cuanto menor edad tiene. Para el año 2017, el 60 % de los niños entre 6 y 12 meses de edad tenían anemia. El problema del déficit en las reservas de hierro empieza desde la gestación y continua durante los primeros meses de vida. ²⁸ Según nuestros resultados el 69% de los lactantes con anemia recibe las chispitas y las madres se las administran diariamente al 46% de los mismos, es decir al 54% de los niños no se les realiza una adecuada administración del suplemento. Debido a que en el Perú la alimentación promedio de los niños no cubre los altos requerimientos de los menores de 1 año, es a partir de los 6 meses, el niño nacido a término requiere de un suplemento de hierro acompañado de una alimentación complementaria adecuada que garantice el consumo diario de dos raciones de alimentos de origen animal ricos en hierro (hierro hem o de alta biodisponibilidad) ²⁷ Sin embargo en un estudio similar ²⁴ se encontró que el 79% de lactantes con anemia si recibe chispitas, a los cuales al 53.1% se les administra diariamente, contrastando con los resultados de esta investigación. En efecto, la deficiencia de micronutrientes constituye un problema para la salud pública mundial, debido a su repercusión en el

estado nutricional, salud y desarrollo de un significativo porcentaje de la población.²⁵

En esta investigación podemos encontrar una relación directa entre el ingreso económico y la ocupación de las madres de los lactantes con anemia, el 58% tiene un ingreso menor a S/. 750.00 nuevos soles y el 69% de las mismas son amas de casa, es decir el ingreso es significativo con la presencia de anemia en los lactantes. También existe una relación entre el grado de instrucción de las madres y el nivel de conocimientos sobre la anemia, siendo el 50% las madres que tienen secundaria completa y el 69% a más un nivel de conocimientos medio- alto sobre la anemia. Estas dos relaciones tienen coincidencia con los resultados encontrados con otra investigación.²⁴ Esto explica que muchas de las madres de los lactantes no continúan estudiando superior, dedicándose a las labores domésticas sin embargo por su nivel educativo tienen buenos conocimientos sobre la anemia.

Un estudio señalaba que, pese al crecimiento económico del país, las desigualdades socioeconómicas entre los distintos grupos parecen haberse incrementado, reforzando de esta forma viejas divisiones étnicas y geográficas.³⁰ la provisión de servicios básicos (educación, salud) por parte del Estado, no llega en igualdad de condiciones y de calidad a todas las regiones, probablemente porque no se adapta a su realidad territorial, a sus restricciones económicas o a su cultura.³¹ Se requiere, por lo tanto, una política pública específica, orientada a reducir las brechas asociadas a la pobreza y a eliminar la exclusión social que impide que personas y territorios del país accedan a las oportunidades y al ejercicio de derechos en igualdad de condiciones. Estos factores incrementarían el riesgo de anemia en los niños.

6.3 Responsabilidad ética

Para respetar la autonomía ética

CONCLUSIONES

- La edad de las madres en su mayoría fluctúan entre 23 a 27 años (39%), sin embargo, existe un pequeño porcentaje de madres cuyas edades se encuentran de 33 años a más (8%). El 92% de las madres tienen pareja (casadas o convivientes), y solo un 8% se encuentran solteras. La edad de los lactantes fluctúan entre 7 a 8 meses con el 46% y solo el 15% son de 6 meses y finalmente el 65% de lactantes es de sexo femenino y el 35% es de sexo masculino.
- Los factores personales de la anemia ferropénica están dados porque los lactantes recibieron lactancia materna exclusiva en un 58%, y lactancia mixta con un 42%, pero presentaron con mayor prevalencia cuadros de diarreas en más de dos oportunidades con un 42% no permitiendo que haya una buena absorción de los nutrientes recibidos, al mismo tiempo que las madres no administran de manera adecuada los Multimicronutrientes “chispitas” y lo dan de manera interrumpida o no son entregados en un 54%.
- Los factores nutricionales de la anemia ferropénica implica mucho ya que no existe una adecuada administración de los alimentos, esto se ve reflejado en que al 64% de los lactantes no se le da de manera diaria alimentos de origen animal, verduras y/o frutas a pesar que en cuanto a su estado nutricional el 57% se encuentra dentro de lo normal.
- Los factores socioculturales de la anemia ferropénica puede influir por el grado de nivel educativo que las madres presentan ya que el 50% sólo lograron culminar sus estudios secundarios. Y por ende existe un bajo ingreso económico con un 58% menor a 750 soles mensuales, las madres se dedican a sus hogares, a la crianza de sus hijos y no perciben ingreso económico no alcanzándoles así para la compra de alimentos ricos en hierro, sin embargo el nivel de conocimiento que tienen las madres es medio con un 69%.

RECOMENDACIONES

- Realización de campañas de prevención y seguimiento de anemia a toda la jurisdicción desde los 6 meses, no sólo en el consultorio de crecimiento y desarrollo sino también por medio de visitas domiciliarias para un mejor control de la población y lograr así la erradicación de la anemia en nuestro distrito.
- Realización de sesiones educativas sobre lavado de manos, medidas de higiene en la preparación de las comidas y sesiones demostrativas con alimentos de la región y que estos sean de acceso económico para las madres.
- Educación sobre la importancia de los Multimicronutrientes “chispitas” a las madres y seguimiento por medio de las visitas domiciliarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
2. Nokes C, Bosch C, Bundy D. The effects of iron deficiency and anemia on mental and motor performance, education achievement, and behavior in children. International Nutritional Anemia Consultative Group. 1998
http://www.ilsa.org/ResearchFoundation/Publications/1998_anemia_mental_motor.pdf
3. The prevalence of an anemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015.
(http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/, accessed 7 September 2015)
4. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
5. <https://larepublica.pe/sociedad/1001727-piura-se-enfrenta-a-altos-indices-de-desnutricion-y-anemia-infantil>
6. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300011
7. <http://ri.ues.edu.sv/11165/1/TESIS%20FINAL%20FRANCISCO%20ERAZO%20CADENA%20MAESTRIA%20EN%20SALUD%20PUBLICA.pdf>
8. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_19.pdf
9. Jácome V. Ximena. Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013. [Tesis]. Ecuador: 2013.
10. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Mendizabal-Mariana.pdf>

11. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2457/Paranco_Rodriguez_Cyntia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/582/T047_46471593_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/173>
14. http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2432/3/quezada_e.pdf
15. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1050>
16. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf
17. <https://www.elbebe.com/salud/diarrea-infantil-tratamiento-bebes-y-ninos>
18. <https://luciacano.wordpress.com/2012/11/22/definicion-de-profesion-y-ocupacion/>
19. http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
20. https://www.ecured.cu/Lactancia_artificial_y_mixta
Compendio de Pediatría Editorial Ciencias Médicas
<http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/1.lactanciamaterna/pdf/1.lactanciamaterna.pdf>
21. http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detalle&id=114
22. https://es.Enfermer%C3%ADa_familiar_y_comunitaria
23. Factores asociados con la anemia en niños menores de 3 años en Perú. BIOMEDICA 2016
24. TESIS DE AREQUIPA 2015.
25. TESIS DE CUBA 2012.
26. PLAN NACIONAL 2017-2021

27. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. 2016
28. REPORTE DE POLITICA DE SALUD MAYO 2018. CONSEJO REGIONAL DE LIMA
29. Zavaleta N y Irizarry L. 2016. Nutrición en el Perú 2016. Situación nutricional y sus Implicancias de Política Pública. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo – BID. División de Protección Social y Salud.
30. Escobar J. Ponce C. Polarización y segregación en la distribución del ingreso en el Perú. Trayectorias desiguales. Lima; Grupo de análisis para el desarrollo; 2012
31. Ministerio de desarrollo e inclusión social. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú Lima MIDIS; 2012.

ANEXOS

ANEXO 01:

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PORTILLA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FUENTE:
ANDREA MALDONADO
JOSE ANTONIO TAPIA ZEA

“FACTORES DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES”

CUESTIONARIO

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores relacionados de la anemia ferropénica en lactantes de 6 – 11 meses. Por ello le pedimos su participación brindando información con honestidad, ya que se manejará de forma confidencial.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Edad de la madre :

2.- Estado civil :
a.- Soltera ()
b.- Casada ()
c.- Conviviente ()
d.- Divorciada ()
e.- Viuda ()

3.- Edad del menor de sus hijos:

4.- Sexo del lactante :
a.- Femenino ()
b.- Masculino ()

5.- Peso del lactante :

6.- Talla del lactante :

7.- Estado nutricional :

8.- Valor de Hemoglobina:

II.- FACTORES

FACTORES NUTRICIONALES

9.- ¿Qué leche toma su niño actualmente?

- a.- Sólo leche materna ()
- b.- Leche artificial ()
- c.- Leche mixta ()
- d.- Leche de vaca ()
- e.- Otro tipo de leche
- Leche evaporada ()
- Leche en polvo ()

SI SU NIÑO TIENE 6 MESES

10.- ¿Con qué frecuencia su niño consume frutas? (plátano de la isla, mango, granadilla, papaya, melón, entre otros)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

11.- ¿con qué frecuencia su niño consume verduras y tubérculos? (papa, camote, zapallo, zanahoria, espinaca, entre otras)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

12.- ¿Con qué frecuencia su niño consume alimentos de origen animal? (pollo, hígado de pollo, yema de huevo)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

SI SU NIÑO TIENE DE 7 A 8 MESES

13.- ¿Con qué frecuencia su niño consume frutas? (plátano de la isla, mango, granadilla, papaya, melón, entre otros)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

14.- ¿con qué frecuencia su niño consume verduras y tubérculos? (papa, camote, zapallo, zanahoria, espinaca, entre otras)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

15.- ¿Con qué frecuencia su niño consume alimentos de origen animal? (pollo, hígado de pollo, yema de huevo)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

16.- ¿Con qué frecuencia su niño consume cereales y menestras? (frejoles, pallar, lentejas, alverja, arroz, quinua)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

SI SU NIÑO TIENE DE 9 A 11 MESES

17.- ¿Con qué frecuencia su niño consume frutas? (plátano de la isla, mango, granadilla, papaya, melón, entre otros)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

18.- ¿con qué frecuencia su niño consume verduras y tubérculos? (papa, camote, zapallo, zanahoria, espinaca, entre otras)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

19.- ¿Con qué frecuencia su niño consume alimentos de origen animal? (pollo, hígado de pollo, yema de huevo)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

20.- ¿Con qué frecuencia su niño consume cereales y menestras? (frejoles, pallar, lentejas, alverja, arroz, quinua)

- a.- Diario ()
- b.- Interdiario ()
- c.- Dos o menos veces por semana ()

FACTORES PERSONALES

21.- ¿Qué tipo de lactancia recibió su niño desde el nacimiento hasta los 6 meses?

- a.- Lactancia Materna Exclusiva ()
- b.- Lactancia no materna
 - Leche evaporada ()
 - Leche en polvo ()

c.- Lactancia mixta ()

22.- ¿cuántas veces tuvo diarreas su niño?

23.- ¿Su niño está recibiendo chispitas actualmente?

SI () NO ()

24.- Si la respuesta es SÍ ¿cómo recibe?

Diario () Interrumpido ()

FACTORES SOCIOCULTURALES

25.- Ingreso económico familiar

- a.- Menor a 750 soles mensuales ()
- b.- 750 a 1200 soles mensuales ()
- c.- mayor a 1200 soles mensuales ()

26.- Grado de instrucción

- a. Sin estudios ()
- b.- Primaria ()
- c.- Secundaria ()
- d.- Superior ()

27.- Ocupación

- a.- Ama de casa ()
 - b.- Estudiante ()
 - c.- Trabaja ()
 - d.- Estudia y trabaja ()
- Dentro de la casa ()
- Fuera de la casa ()

III.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA

28.- ¿Qué es para Ud. La anemia?

- a.- Disminución de la Hemoglobina
- b.- Aumento de la Hemoglobina
- c.- Problemas en el corazón

29.- ¿Por qué un niño tiene anemia?

- a.- porque no come alimentos ricos en hierro
- b.- porque no toma leche materna
- c.- porque duerme mucho

- 30.- ¿Qué consecuencias puede traer a su niño si tiene anemia?
- a.- Muerte
 - b.- Retraso de su desarrollo
 - c.- problemas en la visión
- 31.- ¿Cómo sabe si su niño tiene anemia?
- a.- porque tiene tos
 - b.- porque tiene vómitos y diarreas
 - c.- porque tiene cansancio, sueño y palidez
- 32.- Sabe Ud. ¿Cómo se diagnostica la anemia?
- a.- por prueba de orina
 - b.- por prueba de sangre
 - c.- por examen clínico
- 33.- ¿Cuál es el tratamiento para la anemia?
- a.- sulfato ferroso
 - b.- chispitas
 - c.- vitamina A
- 34.- ¿Qué es el Hierro?
- a.- Es un mineral
 - b.- Es una proteína
 - c.- Es una vitamina
- 35.- ¿Qué alimentos contienen hierro?
- a.- sangrecita, lentejas, espinaca
 - b.- café, fideos, arroz
 - c.- pan, naranja, galletas
- 36.- ¿Qué alimentos ayudan a que nuestro cuerpo absorba el hierro?
- a.- cítricos, vitamina D
 - b.- leche
 - c.- grasas
- 37.- ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorba el hierro?
- a.- cítricos
 - b.- café, té
 - c.- grasas

ANEXO 02:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “FACTORES DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende determinar los factores personales, nutricionales y socioculturales de la anemia ferropénica en lactantes de 6 a 11 meses.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “FACTORES DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LACTANTES DE 6 A 11 MESES”. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante