



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GESTANTES
CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHANCAS DE
ANDAHUAYLAS, 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora

Nakamura Garcia, Isabela Aracelli

Asesor

Jaramillo Samaniego, José German

ORCID: 0000-0002-1190-1213

Jurado

López Gabriel, Julia Isabel

Cruzado Vásquez, Williams

Méndez Campos, Julia Honorata

Lima - Perú

2025



FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GESTANTES CON ANEMIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHANCAS DE ANDAHUAYLAS, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	7%
	Trabajo del estudiante	
2	repositorio.unfv.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
3	www.revsaludpublica.sld.cu	1%
	Fuente de Internet	
4	Submitted to Universidad Politécnica Estatal de Carchi	1%
	Trabajo del estudiante	
5	www.researchgate.net	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.unsch.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	cybertesis.unmsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.umariana.edu.co	1%
	Fuente de Internet	
9	repositorio.uncp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unh.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
11	Submitted to uncedu	1%
	Trabajo del estudiante	
12	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN GESTANTES CON
ANEMIA ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CHANCAS DE ANDAHUAYLAS,

2024

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora:

Nakamura Garcia, Isabela Aracelli

Asesor:

Jaramillo Samaniego, José German

ORCID: 0000-0002-1190-1213

Jurado:

López Gabriel, Julia Isabel

Cruzado Vásquez, Williams

Méndez Campos, Julia Honorata

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

A Dios, por guiarme en cada paso que doy. A mis padres y hermanos, por brindarme todo el apoyo, amor y fortaleza, por ser mi ejemplo de superación y motivación y por confiar en mí.

Agradecimiento

Agradezco a quienes han sido parte esencial en mi camino académico y personal: A mis padres, por darme su apoyo incondicional, por su esfuerzo y sacrificio. A los docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por brindarme sus conocimientos y consejos en cada etapa de mi vida académica. Al Dr. José German Jaramillo Samaniego, por brindarme su asesoría. Al director del centro de salud Chancas de Andahuaylas por su apoyo para poder lograr los objetivos de este proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1. <i>Formulación del problema general</i>	13
1.1.2. <i>Formulación de los problemas específicos</i>	13
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. <i>Antecedentes internacionales</i>	14
1.2.2. <i>Antecedentes nacionales</i>	17
1.3. Objetivos	19
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	19
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	19
1.4. Justificación.....	19
1.5. Hipótesis.....	20
1.5.1. <i>Hipótesis general</i>	20
1.5.2. <i>Hipótesis específicas</i>	20
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	22
2.1.1. <i>Anemia</i>	22
2.1.2. <i>Anemia gestacional</i>	22
2.1.3. <i>Clasificación</i>	23
2.1.4. <i>Tratamiento</i>	24
2.1.5. <i>Efectos adversos</i>	26
2.1.6. <i>Adherencia terapéutica</i>	26

2.1.7. Factores asociados a la adherencia terapéutica.....	27
III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables	29
3.3.1. Variables dependientes	29
3.3.2. Variables independientes	29
3.4. Población y muestra.....	30
3.4.1. Población	30
3.4.2. Criterios de Inclusión	30
3.4.3. Criterios de Exclusión.....	30
3.4.4. Muestra	30
3.5. Instrumentos	30
3.6. Procedimientos	30
3.7. Análisis de datos.....	31
3.8. Consideraciones éticas	31
IV. RESULTADOS.....	32
4.1. Análisis descriptivo de factores.....	32
4.2. Análisis de factores asociados a adherencia terapéutica.....	35
4.3. Análisis bivariado y multivariado	50
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES.....	59
VIII. REFERENCIAS	60
IX. ANEXOS.....	65

Anexo A. Matriz de consistencia	65
Anexo B. Operacionalización de variables.....	69
Anexo C. Ficha de recolección de datos	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Valores de hemoglobina y hematocrito según el trimestre de gestación.....	22
Tabla 2 Tratamiento de anemia en gestantes.....	25
Tabla 3 Suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes.....	25
Tabla 4 Frecuencia de factores sociodemográficos	32
Tabla 5 Frecuencia de factores económicos.....	33
Tabla 6 Frecuencia de factores educativos.....	33
Tabla 7 Frecuencia de factores obstétricos.....	34
Tabla 8 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según edad.....	35
Tabla 9 Adherencia terapéutica y edad según prueba exacta de Fisher	36
Tabla 10 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según procedencia.....	37
Tabla 11 Adherencia terapéutica y procedencia según prueba exacta de Fisher.....	38
Tabla 12 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según estado civil	38
Tabla 13 Adherencia terapéutica y estado civil según prueba exacta de Fisher.....	39
Tabla 14 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según nivel económico.....	40
Tabla 15 Adherencia terapéutica y nivel económico según prueba exacta de Fisher.....	41
Tabla 16 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según grado de instrucción.....	42
Tabla 17 Adherencia terapéutica y factor educativo según prueba exacta de Fisher	43
Tabla 18 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según número de gestación	44
Tabla 19 Adherencia terapéutica y paridad según chi cuadrado de Pearson.....	45
Tabla 20 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según edad gestacional.....	45
Tabla 21 Adherencia terapéutica y edad gestacional según prueba exacta de Fisher.....	46
Tabla 22 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según controles prenatales	47
Tabla 23 Adherencia terapéutica y controles prenatales según chi cuadrado de Pearson	48
Tabla 24 Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según periodo intergenésico	48

Tabla 25 Distribución de adherencia terapéutica según periodo intergenésico.....	49
Tabla 26 Adherencia terapéutica y periodo intergenésico según prueba exacta de Fisher	50
Tabla 27 Análisis bivariado de factores asociados a la no adherencia terapéutica.....	50
Tabla 28 Análisis multivariado de factores asociados a la no adherencia terapéutica	52

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de adherencia terapéutica según edad	35
Figura 2 Distribución de adherencia terapéutica según procedencia.....	37
Figura 3 Distribución de adherencia terapéutica según estado civil.....	39
Figura 4 Distribución de Adherencia Terapéutica según Nivel Económico	41
Figura 5 Distribución de Adherencia Terapéutica según Grado de Instrucción.....	42
Figura 6 Distribución de adherencia terapéutica según número de gestación.....	44
Figura 7 Distribución de adherencia terapéutica según edad gestacional	46
Figura 8 Distribución de adherencia terapéutica según controles prenatales	47

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas durante el 2024. **Método:** Es un estudio de tipo analítico, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se realizó un análisis de los datos encontrados en las historias clínicas y luego procesadas en el programa SPSS v. 25. La prueba estadística utilizada fue chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 y el odds ratio con intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** Se estudió 89 gestantes con anemia que recibieron tratamiento durante el 2024. El factor sociodemográfico, económico y educativo no estuvieron asociados a la adherencia terapéutica, el factor obstétrico en el cual se consideró la edad gestacional, los controles prenatales y el periodo intergenésico tampoco estuvieron asociados a la adherencia terapéutica; mientras que el número de gestaciones ($p = 0.022$, OR = 4.518 (1.213 – 16.827)) sí estuvo asociado a la adherencia terapéutica. **Conclusiones:** La edad, procedencia y estado civil, no tuvieron asociación significativa con la adherencia terapéutica, al igual que el factor económico, educativo y los factores obstétricos, como la edad gestacional, periodo intergenésico y controles prenatales, sin embargo, el número de gestación sí fue significativo con la adherencia terapéutica.

Palabras claves: anemia, anemia en gestantes, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Objective: Determine the factors associated with therapeutic adherence in pregnant women treated at the Chancas de Andahuaylas Health Center during 2024. **Method:** It is an analytical, quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional and observational study. An analysis of the data found in the medical records was carried out and then processed in the SPSS v program. 25. The statistical test used was chi square with a significance level of 0.05 and the odds ratio with a 95% confidence interval. **Results:** A total of 89 pregnant women with anemia who received treatment during 2024 were studied. Sociodemographic, economic, and educational factors were not associated with therapeutic adherence, while obstetric factors, which included gestational age, prenatal check-ups, and the intergenital period, were also not associated with therapeutic adherence; while the number of pregnancies ($p = 0.022$, OR = 4.518 (1.213 – 16.827)) was associated with therapeutic adherence. **Conclusions:** Age, origin and marital status did not have a significant association with therapeutic adherence, as did economic and educational factors and obstetric factors, such as gestational age, intergestational period and prenatal controls; however, the number of pregnancies was significant with therapeutic adherence.

Keywords: anemia, pregnant women, therapeutic adherence.

I.INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

La anemia es definida como niveles bajos de hemoglobina en la sangre, en niños se asocia a pobre desarrollo cognitivo y motor y en los adultos influye en la capacidad de trabajo. En mujeres embarazadas, la necesidad diaria de hierro es de 3.4 mg. A través de la placenta el feto deposita 250 mg de hierro; a esto se le suma las necesidades de hierro debido al aumento del volumen sanguíneo materno y la pérdida de hierro durante el parto. (Arones, 2023)

Por lo que la anemia causada por deficiencia de hierro se asocia con efectos negativos en la reproducción, como partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer y una reducción en las reservas de hierro del recién nacido, lo que puede afectar su desarrollo. (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2022)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) la anemia afecta a 500 millones de mujeres de 15 a 49 años en todo el mundo, de las cuales el 37% de ellas son mujeres embarazadas. Los continentes de África y Asia Sudoriental son las más impactadas por la anemia. En África, aproximadamente 46.3% (106 millones) de mujeres padecen esta condición, mientras que en Asia Sudoriental afecta al 48.7% (244 millones) de mujeres.

Según la PAHO (2022), a nivel regional, en el 2019 la prevalencia de anemia fue mayor en mujeres embarazadas (18.9%) que en no embarazadas (15.3%), cabe mencionar que la prevalencia de anemia en gestantes ha disminuido un 19.6% en los últimos 10 años. En el Perú, la anemia en gestantes representa el 19.3%. (Vílchez y Valenzuela, 2023)

La no adherencia terapéutica puede ser debido a que la gestante aun teniendo el tratamiento, ha tomado una dosis incorrecta, no ha seguido las indicaciones recomendadas o ha interrumpido el tratamiento antes de tiempo sin una indicación adecuada. (Castro et al., 2009)

Pese a que existen políticas internacionales y nacionales para la prevención y reducción

de la anemia en gestantes, aún la prevalencia sigue siendo alta, esto debido a ciertos factores que se asocian a la no adherencia del tratamiento.

En nuestro país la anemia en gestantes es una prioridad, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar existe una prevalencia de 26.2%. El distrito de Santa Anita presenta un porcentaje muy aproximado al promedio del país, 38.2%, siendo uno de los distritos que presenta más anemia en gestantes en la jurisdicción de Lima Este, a pesar de contar con Programas de Incentivos y participar en Jornadas contra la anemia; sin embargo, no ha logrado los objetivos deseados de disminuir los índices de anemia en gestantes. Por lo cual, el presente estudio pretende determinar cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, en el distrito de Santa Anita, Lima, durante el 2024.

1.1.1. Formulación del problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?

1.1.2. Formulación de los problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?

- ¿Cuáles con los factores económicos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?

- ¿Cuáles con los factores educativos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?

- ¿Cuáles con los factores obstétricos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Zegeye et al. (2021) en su trabajo de investigación titulada “Capacidad de toma de decisiones de las mujeres embarazadas y adherencia a la suplementación con hierro en África subsahariana: un análisis multinacional de 25 países”, utilizaron datos de las Encuestas Demográficas y de Salud de 25 países del África subsahariana que fueron realizadas entre el 2010 y 2019, incluyeron 119.279 embarazadas que estaban casadas, de las cuales 7,9% tenían entre 15 y 19 años, 25,3% no trabajaban y el 35,3% vivían en zonas rurales. Observaron que la prevalencia más baja se encontraba en Burundi (3.8%), seguido de Ruanda (5.5%) y República Democrática del Congo (11%), por otro lado, la mayor prevalencia se encontraba en Zambia (83.8%) seguido por Senegal (76.7%). Conocieron que la tasa de adherencia a la suplementación con hierro fue del 51,7% (IC 95%: 48,5-54,9%). Hubo una mayor adherencia entre aquellas que tenían poder de decisión (AOR = 1,46; IC 95%: 1,16-1,83), educación secundaria (AOR = 1,45; IC 95%: 1,05-2,00) y que tuvieron más de 6 controles prenatal (AOR = 2,77; IC 95%: 2,19-3,51). Además, los quintiles de riqueza y religión también mostraron asociación significativa con la adherencia terapéutica. Concluyeron que en África subsahariana, que el nivel de educación, los factores sociodemográficos, el nivel económico y la religión se asociaron significativamente a la adherencia a la suplementación con hierro.

Konje et al. (2022) en su trabajo de investigación titulado “Alta prevalencia de anemia y bajo cumplimiento de las estrategias preventivas entre las mujeres embarazadas de la ciudad de Mwanza, noroeste de Tanzania: un estudio transversal en un hospital”. Realizó un estudio transversal en el Hospital Regional Sekou-Toure, el Hospital del Distrito de Nyamagana y el Centro de Salud Buzuruga, durante el periodo de cinco meses. Reclutaron 768 mujeres embarazadas de las cuales el 84,4% estaban casadas, el 53.7% estudió primaria, el 40,8% eran amas de casa, 40% eran nulíparas, 68,5 % iniciaron los controles prenatales en el segundo

trimestre y 22,1 % en el primer trimestre del embarazo. La prevalencia de anemia al inicio del control prenatal fue de 50,5% (IC 95%: 46,4-54,7%), aumentando a 68,8% (IC 95%: 65,5-72,0%). Tener solo primaria (OR = 2,1; IC 95%: 1,4-3,2; $p < 0,01$) e iniciar tardíamente los controles prenatales en el segundo o tercer trimestre (OR = 1,9; IC 95%: 1,3-2,8; $p < 0,01$) se asociaron de forma significativa con menor adherencia. Concluyeron un bajo nivel educativo es el factor predominante en la no adherencia al tratamiento de anemia y un bajo cumplimiento de las estrategias preventivas.

Saragih et al. (2022) en “Adherencia a la ingesta de suplementos de hierro y ácido fólico (IFAS) entre mujeres embarazadas: un metaanálisis de revisión sistemática”, incluyeron estudios de cohorte, casos y controles y transversales, obtuvieron un total de dieciocho estudios, la cual estuvo constituida por 5537 mujeres embarazadas. La adherencia a la suplementación de hierro y ácido fólico en primíparas frente a multíparas tuvo un AOR: 3.91, anemia frente a no anemia, AOR: 1.09; buen conocimiento de anemia y conocimiento limitado, AOR: 0.32 y tener un conocimiento sobre la suplementación con hierro y ácido fólico frente a un conocimiento limitado tuvo un AOR: 2.48. Concluyeron que haber tenido un embarazo previo, tener anemia y conocer sobre la anemia, la suplementación con hierro y ácido fólico se asociaron de forma positiva con la adherencia al tratamiento.

Bancha et al. (2022), en su investigación titulada “Tiempo hasta la no adherencia a la suplementación con hierro y ácido fólico y factores asociados entre mujeres embarazadas en la ciudad de Hosanna, sur de Etiopía: modelo de riesgo proporcional de Cox”. Realizaron un estudio transversal, comprendiendo 426 mujeres embarazadas de las cuales 98,8% estaban casadas y 95% había recibido educación formal. Solo el 10,3% inició el control prenatal dentro de las 16 semanas recomendadas. La prevalencia de anemia en el embarazo fue del 26,5%. Se conoció que el 53,1% no cumplió con el tratamiento, con una incidencia de incumplimiento de 10 por cada 1000 días-madre (IC 95%: 8,8-16,6). Los factores

que estuvieron asociados con un mayor riesgo de adherencia fueron el menor nivel educativo (sin educación: OR = 2,43, IC 95%: 1,34-4,40; primaria: OR = 3,00, IC 95%: 2,09-4,31; secundaria: OR = 1,91, IC 95%: 1,32-2,77), menor riqueza (tercil medio: OR = 1,73, IC 95%: 1,19-2,51; tercil bajo: OR = 1,64, IC 95%: 1,15-2,35) y un asesoramiento deficiente en salud (OR = 2,53, IC 95%: 1,88-3,41). Además, la no adherencia al tratamiento aumentó en 5% por cada año de edad (OR = 1,05, IC 95%: 1,01-1,08). Concluyeron que el nivel educativo y económico amplía el tiempo de adherencia al tratamiento.

Saeed et al. (2024) en su investigación titulada “Prevalencia y factores asociados con la adherencia a la suplementación con hierro y ácido fólico entre mujeres embarazadas en Sudán Oriental: un estudio transversal”, la población de estudio fueron mujeres atendidas en el Hospital General de Gadarif, el tamaño de la muestra fue de 568 pacientes y los datos fueron recopilados mediante un cuestionario. 43,3% residían en áreas urbanas, 80,1% eran amas de casa, 29,9% tenían secundaria completa, 29,9% habían asistido a más de 4 controles prenatales, 62,0% tenían conocimiento sobre la anemia y el 48,8% tenían conocimiento sobre el tratamiento para la anemia. La ocupación materna (OR = 2,33; IC 95% = 1,26-4,33), el número de controles prenatales > 4 (OR = 1,90; IC 95% = 1,16-3,11), el conocimiento sobre la anemia (OR = 2,83; IC 95% = 1,87-4,28) y el conocimiento sobre el tratamiento (OR = 2,20; IC 95% = 1,44-3,37) se asociaron de forma significativa con la adherencia terapéutica. Los principales factores asociados a la no adherencia terapéutica incluyeron el olvido (71,0%), la frustración por tomar medicamentos (54,6%), el sabor de los suplementos (50,7%), el tener miedo a posibles efectos secundarios (40,0%) y la cantidad de pastillas a ingerir (36,3%). Concluyeron que la ocupación de la madre y tener conocimiento sobre el tratamiento de la anemia se asocia con la adherencia al tratamiento, sin embargo, el olvido, la angustia por tomar medicamentos y el miedo a los efectos secundarios fueron las principales razones para la no adherencia al tratamiento.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Munares y Gómez (2021) en su trabajo de investigación titulado “Adherencia al consumo de suplementos de hierro y factores asociados en gestantes peruanas.”, plantearon una vigilancia especializada en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud; participaron 1038 gestantes atendidas en hospitales, centros de salud y puestos de salud, al azar, que recibieron suplementos de hierro. Se conoció que el 54.9% se encontraba en el tercer trimestre de embarazo, 56,3 % tenía educación secundaria, 25 % consumió 8 o menos tabletas, 50% consumió entre 15 o más tabletas y el 25% consumió 26 tabletas o más. Encontraron asociaciones significativas con un nivel educativo universitario (AOR = 3,4; IC 95% = 1,5-7,7), el consumo de alimentos ricos en hierro (AOR = 1,6; IC 95% = 1,1-2,5), no suspensión del tratamiento por alguna molestia (OAR = 2,8; IC 95% = 1,7-4,6) y residir en altitudes de 1001 a 2000 m s. n. m. (ORa = 4,0; IC 95% = 1,6-10,1). Concluyeron que el 42.3% de las gestantes en estudio tuvieron buena adherencia a la terapéutica y estaba más asociado a el lugar de residencia, vivir entre 2001 m.s.n.m. y conforme incrementó los rangos de edad.

Arones (2023) en “Factores Relacionados a la no Adherencia al Sulfato Ferroso en Gestantes. Centro de Salud Pampa Cangallo, diciembre 2022 a febrero 2023”, un estudio realizado en Ayacucho, de tipo cuantitativo, no experimental, prospectivo y de cohorte analítico; estuvo conformada por 157 gestantes, se conoció que el 52.9% de las gestantes tuvieron buena adherencia terapéutica del sulfato ferroso; conocieron que la adherencia terapéutica se asoció de manera significativa con un nivel educativo universitario (ORa = 3,4; IC 95 % 1,5-7,7), el consumo de alimentos que son ricos en hierro (ORa = 1,6; IC 95 % 1,1-2,5), el no dejar el tratamiento por presentar algún tipo de molestia (ORa = 2,8; IC 95 % 1,7-4,6) y vivir a una altitud que este entre los 1001 y 2000 m s. n. m. (ORa = 4,0; IC 95 % 1,6-10,1). Concluyeron que 52.9% no tuvieron adherencia al tratamiento, relacionado a los factores sociodemográficos y los factores obstétricos.

Baltazar y Damian (2023) en “Factores Asociados A La Adherencia De Sulfato Ferroso En Gestantes Del Centro De Salud Llata, 2022 - 2023”, realizaron una investigación de enfoque cuantitativo, observacional y transversal, en la cual identificaron que el 83.3% de las pacientes con adherencia total terapéutica eran convivientes, el 67.6%, tenía educación secundaria, el 78.4% tenía un ingreso menor de 1000 soles mensuales, 54.1% eran multigestas. Las gestantes con educación secundaria tuvieron 1,45 más probabilidad de adherirse al tratamiento a diferencia de aquellas sin educación formal (OR = 1,45; IC del 95%: 1,05-2,00). Además, las gestantes que iniciaron controles prenatales en el primer trimestre tuvieron mayor adherencia al tratamiento (OR = 2,77; IC del 95%: 2,19-3,51). Concluyeron que no existió asociación significativa entre los factores socioeconómicos y los factores obstétricos con la adherencia al tratamiento, sin embargo, el olvido de la toma de tratamiento tuvo mayor significancia y asociación con la adherencia terapéutica.

Pasco (2024) en “Factores asociados a la adherencia a la suplementación prenatal con hierro/ácido fólico en mujeres embarazadas que asisten al Centro Materno Infantil Los Sureños durante el 2023”, realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional y transversal, en la cual evaluaron 231 gestantes, de las cuales 142 gestantes tenían secundaria completa (61,5%), 54,1% eran nulíparas, 80,1% inició su control prenatal a las 16 semanas y el 76.62% tuvieron buena adherencia terapéutica al hierro/ácido fólico. Mostraron adherencia terapéutica del 76,62%, identificaron asociaciones significativas entre la adherencia y factores como la educación materna (59,9%; $p=0,016$), el conocer sobre la anemia (61,6%; $p<0,001$) y el inicio temprano del control prenatal (85,9%; $p<0,001$). Concluyeron que existe relación significativa entre los factores demográficos, educación materna y tener conocimiento de la anemia con la adherencia terapéutica, además hubo relación significativa entre el inicio temprano del control prenatal con la adherencia terapéutica.

Jujra (2024) en “Factores asociados a la adherencia del uso de suplemento de hierro

y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, Lima, 2024”, evaluó 233 gestantes de las cuales el 91,3% cumplió con el consumo de ácido fólico, 62,1% inició el suplemento terapéutico a las 14 semanas, 66.9% tenían buena información sobre la anemia y el tratamiento y 63,4% mostró una alta adherencia terapéutica. Evidenciaron que las gestantes que contaban con educación superior tenían 3,4 veces más probabilidad de adherirse al tratamiento (ORa: 3,4; IC 95%: 1,5-7,7), aquellas que consumían alimentos ricos en hierro presentaban una probabilidad 1,6 veces mayor de adherencia (ORa: 1,6; IC 95%: 1,1-2,5). Concluyó que los factores sociodemográficos y controles prenatales no tenían asociación con la adherencia terapéutica; la educación superior, los factores individuales estuvieron asociados a la adherencia terapéutica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- Especificar los factores económicos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- Identificar los factores educativos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- Establecer los factores obstétricos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

1.4. Justificación

La salud materna en nuestro país es una prioridad, la anemia no solo va a afectar a la

madre sino también al bebe. Durante la gestación se necesita gran demanda de nutrientes y micronutrientes, específicamente durante el segundo y tercer trimestre, en los cuales ocurre una expansión de la masa eritrocitaria y las necesidades del feto y la placenta. En muchos casos estas necesidades no se logran cubrir por medio de la alimentación por lo que es indispensable el uso de suplementos de hierro, si no se cubre la demanda de hierro. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar se evidencia que existe una prevalencia de 26.2% de anemia en gestantes en todo el Perú. El distrito de Santa Anita presenta un porcentaje de gestantes con anemia muy aproximado al promedio de nuestro país, 38.2%, siendo uno de los distritos que presenta más anemia en gestantes en la jurisdicción de Lima Este, a pesar de contar con Programas de Incentivos por parte de la Municipalidad del distrito. El centro de salud Chancas de Andahuaylas, en Santa Anita, ha venido participando en Jornadas contra la anemia realizadas por Ministerio de Salud dirigido a madres gestantes. Y, aun así, no ha logrado los objetivos deseados de disminuir los índices de anemia en gestantes.

Por ello, es relevante determinar los factores de riesgo asociados a la adherencia al tratamiento ya que esto tiene impacto en la salud pública. Siendo las principales beneficiarias las gestantes y los neonatos, quienes podrán desarrollarse de una mejor manera.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

- Los factores sociodemográficos, económicos, educativos y obstétricos están asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

- El factor sociodemográfico, dentro del cual está la edad, procedencia y estado civil, están asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el

centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

- El factor económico está asociado a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

- El factor educativo está asociado a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

- Los factores obstétricos como la paridad, edad gestacional, controles prenatales y el periodo intergenésico están asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.

II.MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Anemia

La PAHO define la anemia como la disminución en los niveles de hemoglobina en la sangre, esto afecta de gran manera a la salud, asociándose a un pobre desarrollo cognitivo y motor en caso de los niños, mientras que en los adultos se relaciona a una baja capacidad y/o rendimiento en el trabajo, lo que influye en el desarrollo económico de los países. (PAHO, 2022)

2.1.2. Anemia gestacional

La anemia, en particular, la que es causada por falta de hierro, es la más frecuente durante el embarazo ya que en esta etapa, el cuerpo de la mujer genera más sangre para proporcionar el desarrollo del bebé, esto aumenta la necesidad de hierro y de otros nutrientes. (Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre [NHLBI], 2022)

El aumento del volumen plasmático produce hemodilución, lo que sería la hidremia del embarazo, en el cual el hematocrito disminuye a 45% en las mujeres sanas no embarazadas, al 34% en un embarazo único a término y aproximadamente el 30% en un embarazo multifetal a término. (Friel, 2023).

Se cataloga como anemia cuando los valores de hemoglobina y hematocrito son los siguientes:

Tabla 1

Valores de hemoglobina y hematocrito según el trimestre de gestación

	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
Primer Trimestre	< 11 g/dL	< 33%
Segundo Trimestre	< 10,5 g/dL	< 32%
Tercer Trimestre	< 11 g/dL	< 33%

Nota. En la tabla 1 de evidencia los valores de hematocrito y hemoglobina según el trimestre

de gestación cuando existe anemia. Tomado del Manual MSD, Anemia en el embarazo.

Si la hemoglobina es $< 11,5$ g/dL al inicio del embarazo, las mujeres pueden recibir tratamiento profiláctico porque la hemodilución posterior generalmente reduce la hemoglobina a < 10 g/dL. A pesar de la hemodilución, la capacidad de transporte de oxígeno sigue siendo normal durante todo el embarazo. (Friel, 2023)

Según la OMS, África y Asia Sudoriental son los países más afectados por la anemia, 106 millones de mujeres son afectadas en África y 244 millones en Asia Sudoriental, para el 2019, 37% (32 millones) de mujeres embarazadas tenían entre 15 a 49 años. (OMS, 2023)

2.1.3. Clasificación

Según la fisiopatología: (Rosich y Mozo, 2021)

A. Anemias Regenerativas. Ocurre cuando los niveles de reticulocitos se encuentran elevados, puede darse por el aumento de la evolución en la regeneración en la médula ósea, está asociado a la anemia por hemorragia o hemolítica.

B. Anemias no Regenerativas. Cuando los niveles de reticulocitos aumentan, nos indica que la médula ósea ha reducido su nivel de actividad, está asociado con el desarrollo de la anemia crónica. Se da por la alteración en la formación de la hemoglobina y como producto de enfermedades crónicas.

Según morfología: (Rosich y Mozo, 2021)

A. Anemia microcítica. Son los siguientes:

- Anemia ferropénica: causa más frecuente de anemia, en especial entre los niños, las embarazadas y las mujeres en edad fértil. Se caracteriza por deficiencia de hierro como falta en la ingesta de la dieta.

- Talasemias: Asociado con un factor hereditario, el organismo no se encuentra preparado para producir cantidades necesarias de hemoglobina.

- Acompañantes de enfermedades crónicas: Está asociado con las personas que

padecen alguna enfermedad por inflamación como en infecciones, cáncer o enfermedades autoinmunes.

B. Anemia macrocítica. Son los siguientes:

- **Anemia Megaloblástica:** la médula produce glóbulos rojos que son de forma ovalada y de mayor tamaño que los demás, con el contenido interno con desarrollo bajo, lo que hace que no sobrevivan por mucho tiempo. Está asociada al bajo consumo de ácido fólico o vitamina B-12.

C. Anemia normocítica. Son los siguientes:

- **Disminución de la producción:** se encuentra la anemia aplásica que puede ser adquirida como parte del proceso de desarrollo o el nacimiento.
- **Hemorragia:** Es el sangrado o pérdida de sangre que conlleva a que la pérdida de glóbulos rojos sea superior a la producción de este.
- **Hemólisis:** Se da cuando los glóbulos rojos se destruyen con rapidez la que produce una situación rápida o lenta.

Según la forma de instauración: (Rosich y Mozo, 2021)

A. Anemia aguda. Cuando los valores asociados a la hemoglobina y a los hematíes disminuyen de un momento a otro. Se asociada a hemorragia y hemólisis.

B. Anemia crónica. Afección lenta que aparece de manera progresiva y se presenta a diferentes enfermedades, asociada con insuficiencia en la producción de hematíes.

2.1.4. Tratamiento

Se basa en la administración de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de ácido fólico diario por 6 meses. El control de hemoglobina en las gestantes se hace periódicamente cada 4 semanas, con el propósito de comprobar la adecuada adherencia de la terapéutica. (MINSA, 2017)

Tabla 2*Tratamiento de anemia en gestantes*

Anemia	Dosis	Dosis para completar tratamiento	Producto	Frecuencia	Duración
	120 mg de hierro elemental	60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico elemental	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico o Complejo Polimaltosado Férrico + Ácido Fólico	Diaria	6 meses continuos
Leve/moderada					
Severa	Tratar inmediatamente como casos de anemia moderada y referir a un establecimiento de mayor capacidad resolutive que brinde atención especializada (hematología y/o ginecología)				

Nota. Adaptado de la Norma técnica de Salud (2024).

Tabla 3*Suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes*

Inicio de administración	Dosis	Producto	Frecuencia	Duración
	Hierro			
Desde las 14 semanas de	elemental 60 mg + 400 ug	Sulfato ferroso +	1 tableta al día	

administración	de ácido fólico	ácido fólico o Complejo polimaltosado	Hasta el término de la gestación
Inicio de atención prenatal después de la semana 32	Hierro elemental 120 mg + 800 ug de ácido fólico	férrico + ácido fólico	2 tabletas al día

Nota. Adaptado de la Norma técnica de Salud (2024).

2.1.5. Efectos adversos

Dentro de los efectos secundarios tenemos: heces grises o negras, constipación, náuseas, vómito, dolor abdominal, pirosis, enrojecimiento de la cara, orina oscura. Raramente se podrían presentar dolor de garganta y pecho en la deglución y calambres.

2.1.6. Adherencia terapéutica

Se define como el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el personal médico, lo que es pieza clave en el tratamiento de un paciente. Es multifactorial y de múltiples niveles, los cuales son, el paciente, proveedor y el sistema de atención médica (Oshotse, 2020).

Según la OMS, se han descrito 5 dominios o factores: socioeconómico, sistema de asistencia sanitaria, los relacionados con el tratamiento, relacionados con el propio paciente y los relacionados con la afección. Muchos de estos factores se pueden modificar en los niveles de atención.

2.1.7. Factores asociados a la adherencia terapéutica

A. Factor sociodemográfico. Entre los factores sociodemográficos relacionados a la anemia tenemos: el lugar de procedencia, residencia, estado civil y la edad, lo que influye en gran medida en enfermedades, como es el caso de la anemia. Se conoce que en Perú la mayoría de las gestantes que presentan anemia viven en distritos considerados como pobres o con bajo recursos económicos, además de no tomar conciencia sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo. (Espinola et al., 2021)

B. Factor económico. En su trabajo de investigación mostró que las mujeres con mayor solvencia económica tenían menor riesgo de tener anemia a comparación que las mujeres con bajos recursos, esto se debe a que tienen mayor capacidad para adquirir variedad, calidad y cantidad de alimentos, además de atención médica. Las mujeres con bajos recursos tienen mayores desafíos en cuanto a su autonomía en la toma de decisiones en el hogar. (Mankelkl y Beletu, 2023)

C. Factor educativo. Las mujeres con nivel educativo bajo generalmente tienen poca información sobre la anemia y lo común que puede ser esta enfermedad en mujeres gestantes. Tener primaria o secundaria son factores que están relacionados al desconocimiento de la anemia y las consecuencias que pueden tener en la gestación, a comparación con tener una educación superior. El nivel educativo está relacionado también con el nivel socioeconómico, lo que lleva a no tener un buen conocimiento, adecuado acceso a servicios de salud materna y mala nutrición. (Espinola et al., 2021)

D. Factores obstétricos. Son los siguientes:

- **Gestaciones:** En primigestas, el poco conocimiento y consumo de suplementos en la preconcepción y gestación lleva a presentar anemia y esta se puede agravar en el embarazo. En el caso de multigestas, dado los partos y la periódica pérdida de sangre en cada parto, la hacen propensa a tener anemia, además, a tener más hijos afecta de forma directa la

economía y con esto la calidad en la alimentación lo que podría estar asociado a la no adherencia terapéutica. (Silva, 2023)

- **Periodo intergenésico (PIG):** Es el tiempo entre el último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo. La OMS recomienda que entre cada embarazo debe haber aproximadamente de 18 a 27 meses, ya que esto va a reducir riesgos. Un PIG corto es aquel que tiene menos de 18 meses entre un embarazo y el otro, en este periodo las reservas de micronutrientes aún no están recuperadas y lleva a un agotamiento nutricional. Por otro lado, según Silva (2023), un PIG largo, es aquel que tiene 60 meses entre periodos de embarazo, está relacionado a anemia ya que la capacidad reproductiva tiende a decaer, llegando a ser similar al de las primigestas. Un PIG adecuado brinda a la gestante condiciones óptimas para la nueva gestación, además al no estar alejado, desde el punto de vista temporal, de la gestación previa, permitirá a la gestante recordar actitudes de autocuidado y una mejor valoración frente a la adherencia terapéutica. (Arones, 2023)

- **Controles prenatales:** Son las actividades que están orientadas a vigilar y evaluar el embarazo, con el objetivo de asegurar el bienestar de la madre y el recién nacido. De esta manera, el personal médico, obstetra, podrá evaluar si hay una buena adherencia al tratamiento, de caso contrario podrá corregir o implementar estrategias. (Silva, 2023)

III.MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio es de tipo analítico, cuantitativo, descriptiva, retrospectivo, transversal y observacional.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó desde enero a diciembre del 2024 y se llevó a cabo en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, ubicado en el distrito de Santa Anita, Lima.

3.3. Variables

3.3.1. Variables dependientes

Adherencia al tratamiento de anemia.

3.3.2. Variables independientes

Factores sociodemográficos:

- Edad: < 20 años, 20 – 34 y > 34 años
- Procedencia: Costa, Sierra, Selva y Extranjera
- Estado civil: Soltera, conviviente y casada

Factores económicos:

- Nivel económico: Alto, medio y bajo

Factores educativos:

- Grado de instrucción: Primaria, secundaria, superior

Factores obstétricos:

- Número de gestaciones: primigesta, segundigesta, multigesta
- Período intergenésico: < 18 meses, 18 – 60 meses y > 60 meses
- Edad gestacional: Primer trimestre, segundo trimestre y tercer trimestre
- Controles prenatales: < 6 y > 6 controles

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Durante el año 2024, el centro de salud Chancas de Andahuaylas – Santa Anita, Lima, atendió a 284 gestantes, de las cuales 97 presentaron anemia y recibieron tratamiento.

3.4.2. Criterios de Inclusión

- Gestantes con información completa en la historia clínica.
- Gestantes con anemia 14 - ≥ 34 años

3.4.3. Criterios de Exclusión

- Gestantes con enfermedades crónicas diagnosticadas previo al embarazo, como VIH, TBC o cáncer.

3.4.4. Muestra

De las 97 gestantes que presentaron anemia y recibieron tratamiento, solo 89 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se tomó una muestra poblacional.

3.5. Instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos, el cual se tomó del estudio de Charca (2017), este instrumento fue previamente elaborado y validado por expertos, el cual fue adecuado para el presente trabajo. En esta hoja de recolección de los datos, se plasmó los datos registrados en las historias clínicas, el cual incluía los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, procedencia; el factor económico, factor educativo y el factor obstétrico, el cual estaba compuesto por el número de gestación, periodo intergenésico, la edad gestacional y los controles prenatales al igual que nivel de hemoglobina al inicio y final del tratamiento.

3.6. Procedimientos

Se elaboró y envió una solicitud a la DIRIS Lima Este para la autorización del uso de las historias clínicas, para realizar la recolección de datos, del centro de salud Chancas de Andahuaylas. Se acudió en varias ocasiones al Centro de Salud para la recolección de datos de

las historias clínicas de las gestantes con anemia atendidas en el 2024.

3.7. Análisis de datos

Se analizaron los datos recabados para lo cual se creó una matriz en Excel 365 y luego fueron almacenados en el programa SPSS v. 25 y presentados en tablas y gráficas. Se empleó la prueba de chi cuadrado para mostrar la relación entre las variables y el odds ratio (OR) para medir la fuerza de asociación de las variables. El nivel de significancia fue de 0.05 y un intervalo de confianza del 95%.

3.8. Consideraciones éticas

Se basó en el principio ético de confidencialidad ya que se guardará reserva de la información recaudada y la identidad de las pacientes, usando los números de historias, de esta forma no se vulnerará a los pacientes. Se cumplió con la declaración de Helsinki; la beneficencia, ya que el presente estudio busca determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en las gestantes lo que ayudará a mejorar la situación de salud en las gestantes y no maleficencia, las gestantes no se verán afectadas ni serán expuestas a algún tipo de riesgo.

IV.RESULTADOS

Se ejecutó el estudio en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, se encontró que durante el año 2024 se atendieron 284 gestantes, de las cuales 97 presentaron anemia y recibieron tratamiento, pero solo 89 cumplían con los criterios necesarios para el estudio.

4.1. Análisis descriptivo de factores

Tabla 4

Frecuencia de factores sociodemográficos

Variables	N	Porcentaje
Edad		
< 20 años	13	14.6%
20 a 34 años	67	75.3%
> 34 años	9	10.1%
Procedencia		
Costa	70	78.7%
Sierra	13	14.6%
Selva	5	5.6%
Extranjera	1	1.1%
Estado Civil		
Casada	2	2.2%
Conviviente	67	75.3%
Soltera	20	22.5%
Total	89	100 %

En la Tabla 4 se observó, con respecto a la edad, que 67 gestantes (75.3%) tenían entre 20 y 34 años. Respecto a la procedencia, 70 gestantes (78.7%) provenían de la costa, y 13

gestantes (14.6%) de la sierra. En cuanto al estado civil, 67 gestantes (75.3%) se encontraban en unión conviviente y 20 gestantes (22.5%) eran solteras.

Tabla 5

Frecuencia de factores económicos

Variables	N	Porcentaje
Nivel Económico		
Bajo	8	9.0%
Medio	81	91.0%
Alto	0	0.0%
Total	89	100 %

En la Tabla 5 se observó que 81 gestantes (91.0%) pertenecían a un nivel económico medio, mientras que 8 gestantes (9.0%) se encontraban en un nivel económico bajo. Asimismo, no se registraron casos de gestantes con un nivel económico alto (0.0%).

Tabla 6

Frecuencia de factores educativos

Variables	N	Porcentaje
Grado de Instrucción		
Primaria	7	7.9%
Secundaria	62	69.7%
Superior	20	22.5%
Total	89	100 %

En la Tabla 6 se observó que 62 gestantes (69.7%) tenían un grado de instrucción secundaria, mientras que 20 gestantes (22.5%) contaban con estudios superiores y 7 gestantes (7.9%) tenían únicamente educación primaria.

Tabla 7

Frecuencia de factores obstétricos

Variables	N	Porcentaje
Gestaciones		
Primigestas	31	34.8%
Secundigesta	36	40.4%
Multigestas	22	24.7%
Edad Gestacional		
Primer Trimestre	2	2.2%
Segundo Trimestre	18	20.2%
Tercer Trimestre	69	77.5%
Controles Prenatales		
< 6 controles	55	61.8%
≥ 6 controles	34	38.2%
Periodo Intergenésico		
No presente	31	34.8%
< 18 meses	3	3.4%
18 – 60 meses	27	30.3%
> 60 meses	28	31.5%
Total	89	100 %

En la Tabla 7 se observó que 36 gestantes (40.4%) eran segundigestas y 31 gestantes (34.8%) primigestas. También, se observó que 69 gestantes (77.5%) estaban en el tercer trimestre de edad gestacional. Respecto a los controles prenatales, 55 gestantes (61.8%) tuvieron menos de 6 controles. En cuanto al periodo intergenésico, 31 gestantes (34.8%) no presentaron periodo intergenésico y 28 gestantes (31.5%) tuvieron un periodo mayor a 60 meses.

4.2. Análisis de factores asociados a adherencia terapéutica

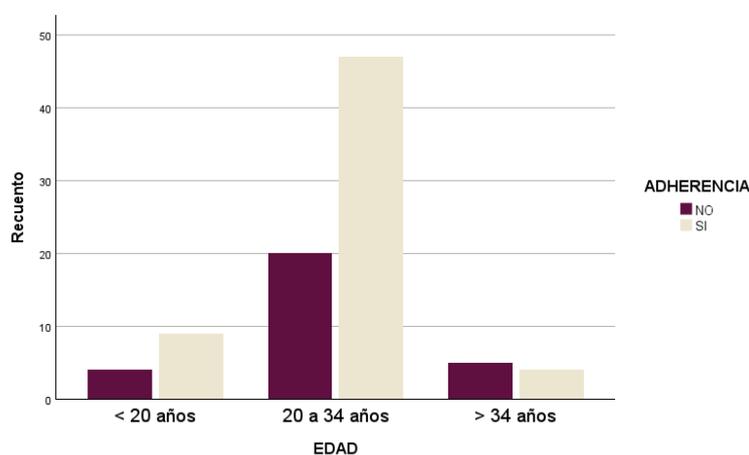
Tabla 8

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según edad

Edad	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
< 20 años	4	13.8%	9	15.0%
20 a 34 años	20	69.0%	47	78.3%
> 34 años	5	17.2%	4	6.7%

Figura 1

Distribución de adherencia terapéutica según edad



En la Tabla 8 se observó que, en el grupo de 20 a 34 años, se concentra el mayor porcentaje tanto de quienes no presentan adherencia terapéutica (69.0%) como de quienes sí la presentan (78.3%). Además, en el grupo control, los mayores de 34 años muestran una menor adherencia (6.7%), lo que sugiere dificultades en este grupo.

Tabla 9

Adherencia terapéutica y edad según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.409 ^a	2	0.3	0.329
Razón de verosimilitud	2.254	2	0.324	0.413
Prueba exacta de Fisher	2.398			0.352
N de casos válidos	89			

Nota. Dos casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Mediante la Prueba exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre la edad y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.352$. Dado que este valor supera el nivel de significancia estadística ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

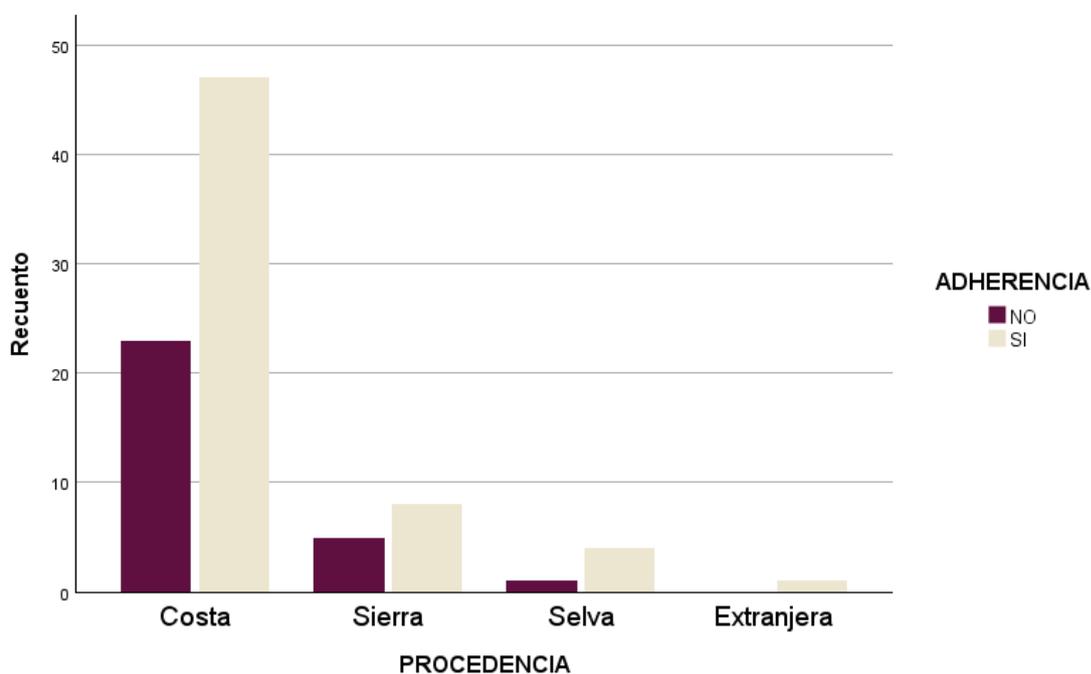
Tabla 10

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según procedencia

Procedencia	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Costa	23	79.3%	47	78.3%
Sierra	5	17.2%	8	13.3%
Selva	1	3.4%	4	6.7%
Extranjera	0	0.0%	1	1.7%

Figura 2

Distribución de adherencia terapéutica según procedencia



En la Tabla 10 se observó que la procedencia de la Costa presenta los porcentajes más altos tanto en no adherencia terapéutica con 79.3% como en adherencia con 78.3%. Por su parte, la procedencia de la Sierra muestra un 17.2% de no adherencia y un 13.3% de adherencia,

siendo el segundo grupo más representativo.

Tabla 11

Adherencia terapéutica y procedencia según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.051 ^a	3	0.789	0.838
Razón de verosimilitud	1.383	3	0.71	0.838
Prueba exacta de Fisher	1.036			0.887
N de casos válidos	89			

Nota. Cinco casillas (62.5%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba exacta de Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre la procedencia y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.887$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 12

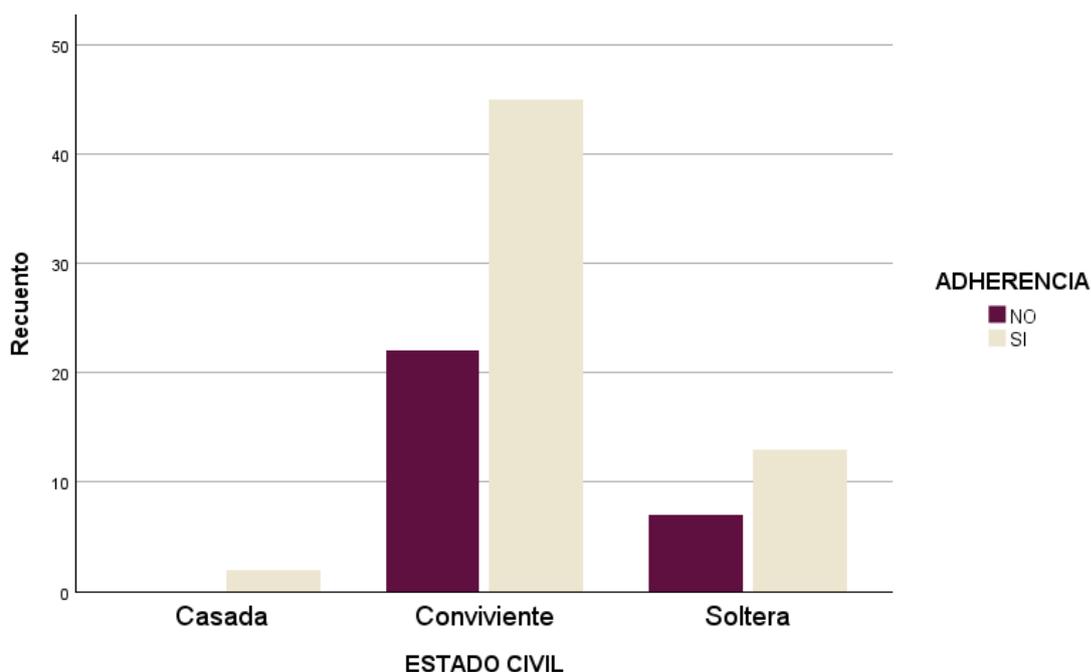
Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según estado civil

Estado Civil	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Casada	0	0.0%	2	3.3%

Conviviente	22	75.9%	45	75.0%
Soltera	7	24.1%	13	21.7%

Figura 3

Distribución de adherencia terapéutica según estado civil



En la Tabla 12 se observó que, en el grupo caso, el estado civil conviviente representa el mayor porcentaje con 75.9%, seguido de soltera con 24.1%, mientras que no se registraron muestras en gestantes casadas. Por otro lado, en el grupo control, el estado conviviente también destaca con 75.0%, seguido de soltera con 21.7% y casada con un mínimo de 3.3%.

Tabla 13

Adherencia terapéutica y estado civil según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación	Significación
			asintótica	exacta
			(bilateral)	(bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	1.022 ^a	2	0.6	0.678
Razón de verosimilitud	1.632	2	0.442	0.678
Prueba exacta de Fisher	0.686			1.000
N de casos válidos	89			

Nota. Dos casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba exacta de Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre el estado civil y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 1.000$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

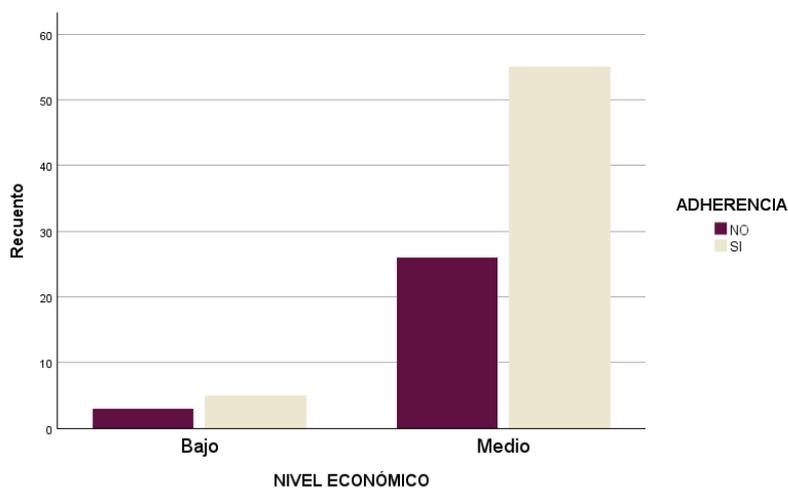
Tabla 14

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según nivel económico

Nivel Económico	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Bajo	3	10.3%	5	8.3%
Medio	26	89.7%	55	91.7%
Alto	0	0.0%	0	0.0%

Figura 4

Distribución de Adherencia Terapéutica según Nivel Económico



En la Tabla 14 se observó que, en la población de gestantes, el nivel económico medio concentra los porcentajes más altos tanto en el grupo caso que no presenta adherencia terapéutica con 89.7% como en el grupo control que sí la presenta con 91.7%, siendo este el nivel económico más representativo en ambos grupos de estudio.

Tabla 15

Adherencia terapéutica y nivel económico según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.097 ^a	1	0.756	1
Razón de verosimilitud	0.095	1	0.758	1
Prueba exacta de Fisher				0.712
N de casos válidos	89			

Nota. Una casilla (25.0%) ha esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba exacta de

Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre el nivel económico y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.712$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

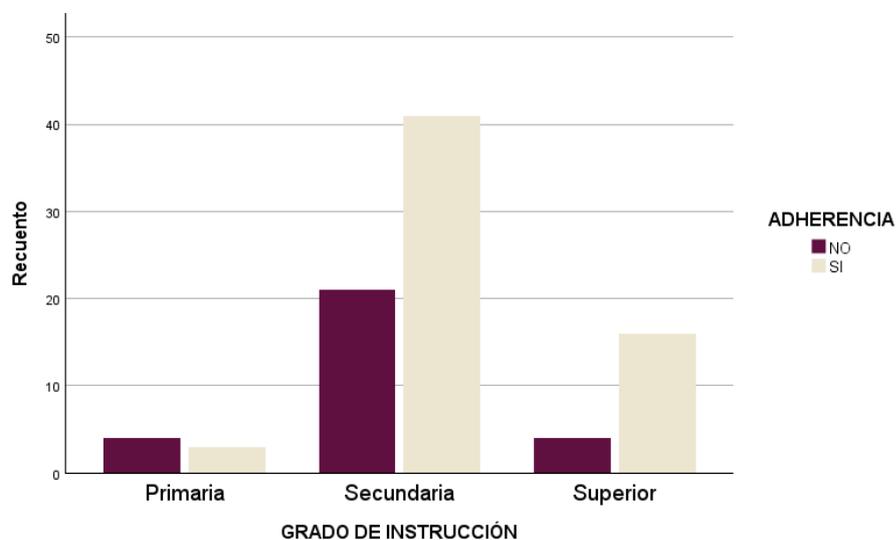
Tabla 16

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según grado de instrucción

Grado de Instrucción	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Primaria	4	13.8%	3	5.0%
Secundaria	21	72.4%	41	68.3%
Superior	4	13.8%	16	26.7%

Figura 5

Distribución de Adherencia Terapéutica según Grado de Instrucción



En la Tabla 16 se observó que, las gestantes con grado de instrucción secundaria concentran los porcentajes más altos tanto en quienes no presentan adherencia terapéutica con 72.4% como en quienes sí la presentan con 68.3%. Por otro lado, en el grupo caso, el 13.8% corresponde a gestantes con primaria, mientras que en el grupo control, este porcentaje es menor, con solo 5.0%.

Tabla 17

Adherencia terapéutica y factor educativo según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.410 ^a	2	0.182	0.218
Razón de verosimilitud	3.394	2	0.183	0.218
Prueba exacta de Fisher	3.325			0.203
N de casos válidos	89			

Nota. Dos casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba Exacta de Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre el factor educativo y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.203$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

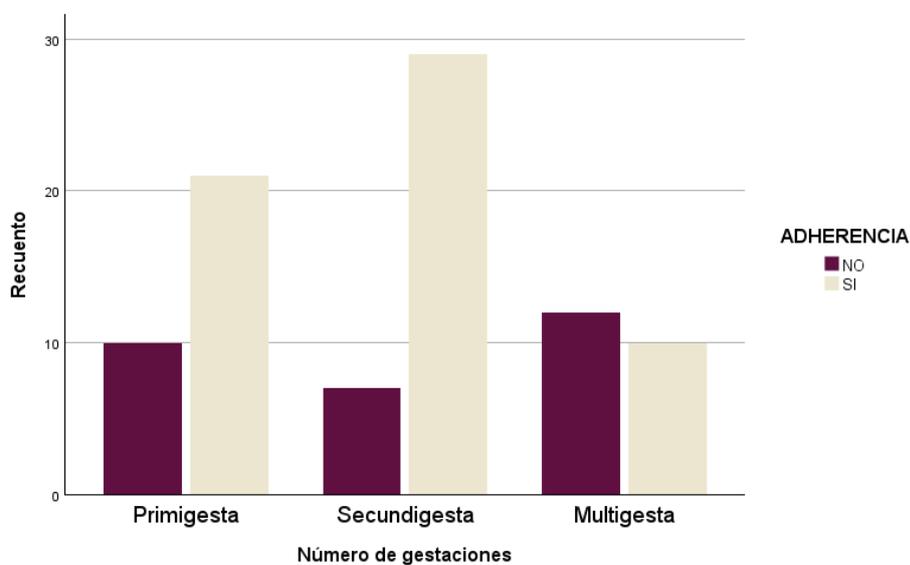
Tabla 18

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según número de gestación

Gestación	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Primigesta	10	34.5%	21	35.0%
Secundigesta	7	24.1%	29	48.3%
Multigesta	12	41.4%	10	16.7%

Figura 6

Distribución de adherencia terapéutica según número de gestación



En la Tabla 18 se observó que, en el grupo caso de no adherencia terapéutica, las multigestas representan el mayor porcentaje con 41.4%, seguidas de las primigestas con 34.5%. Por otro lado, en el grupo control que presenta adherencia, las secundigestas destacan con 48.3%, siendo el grupo más representativo, mientras que las multigestas tienen solo 16.7%.

Tabla 19*Adherencia terapéutica y paridad según chi cuadrado de Pearson*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.661 ^a	2	0.022
Razón de verosimilitud	7.583	2	0.023
N de casos válidos	89		

Nota. Ninguna casilla (0.0%) ha esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson

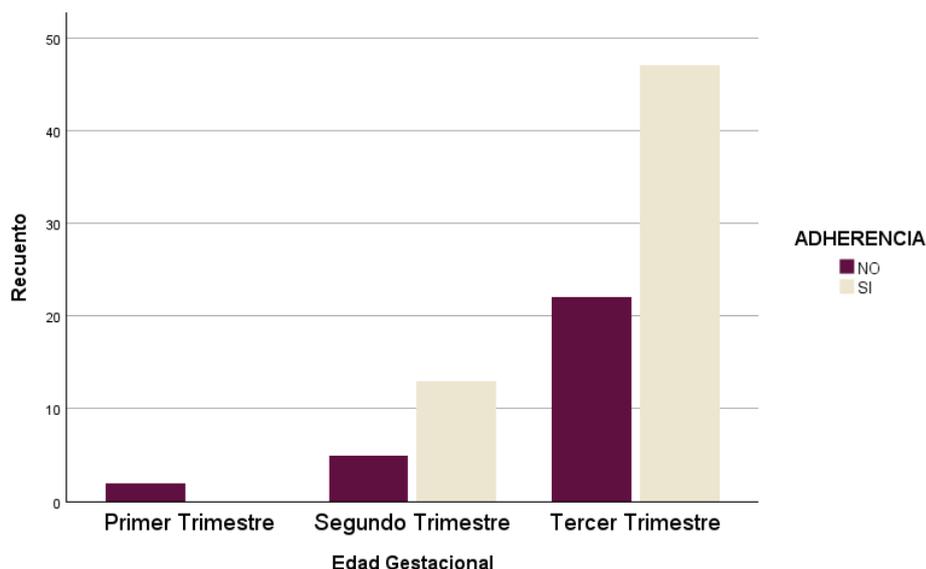
Mediante la prueba de Chi Cuadrado, se evaluó la asociación entre la paridad y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.022$. Dado que este valor es inferior al nivel de significancia estadística establecido ($p < 0.05$), se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 20*Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según edad gestacional*

Edad Gestacional	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
Primer Trimestre	2	6.9%	0	0.0%
Segundo Trimestre	5	17.2%	13	21.7%
Tercer Trimestre	22	75.9%	47	78.3%

Figura 7

Distribución de adherencia terapéutica según edad gestacional



En la Tabla 20 se observó que, en el grupo caso, el tercer trimestre concentra el mayor porcentaje con 75.9%, seguido del segundo trimestre con 17.2%. Por otro lado, en el grupo control, el tercer trimestre también destaca con 78.3%, mientras que el primer trimestre no registra casos de adherencia.

Tabla 21

Adherencia terapéutica y edad gestacional según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.343 ^a	2	0.114	0.123
Razón de verosimilitud	4.695	2	0.096	0.148
Prueba exacta de Fisher	3.617			0.165
N de casos válidos	89			

Nota. Dos casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba Exacta

de Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre la edad gestacional y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.165$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

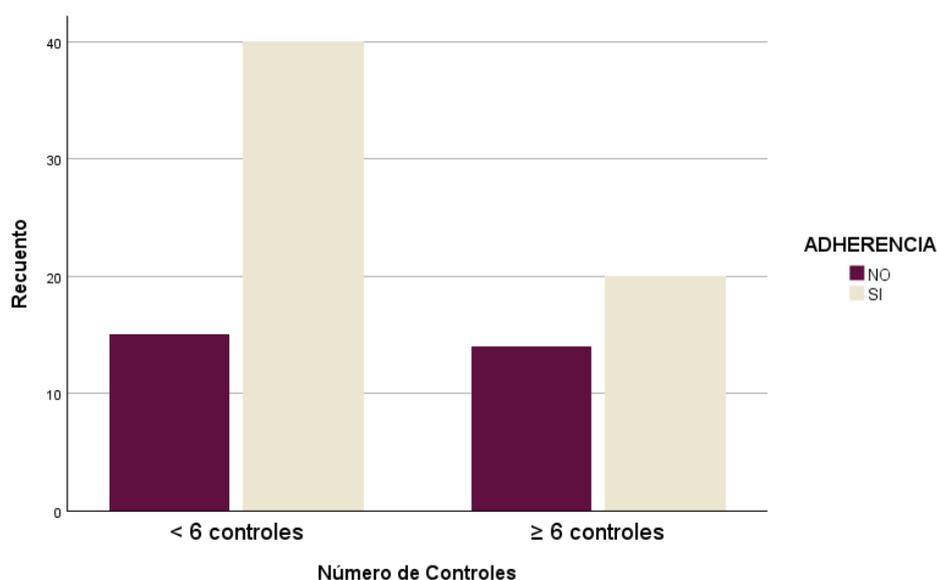
Tabla 22

Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según controles prenatales

Controles Prenatales	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%
< 6 controles	15	51.7%	40	66.7%
≥ 6 controles	14	48.3%	20	33.3%

Figura 8

Distribución de adherencia terapéutica según controles prenatales



En la Tabla 22 se observó que, en el grupo caso de no adherencia terapéutica, el 51.7% corresponde a gestantes con menos de 6 controles prenatales, mientras que en el grupo control, este porcentaje aumenta a 66.7%. Por otro lado, las gestantes con 6 o más controles prenatales representan 48.3% en el grupo de no adherencia y 33.3% en el grupo de adherencia.

Tabla 23

Adherencia terapéutica y controles prenatales según chi cuadrado de Pearson

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.849a	1	0.174
Razón de verosimilitud	1.828	1	0.176
N de casos válidos	89		

Nota. Ninguna casilla (0.0%) ha esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson

Mediante la prueba de Chi Cuadrado, se evaluó la asociación entre el número de controles prenatales y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.174$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 24

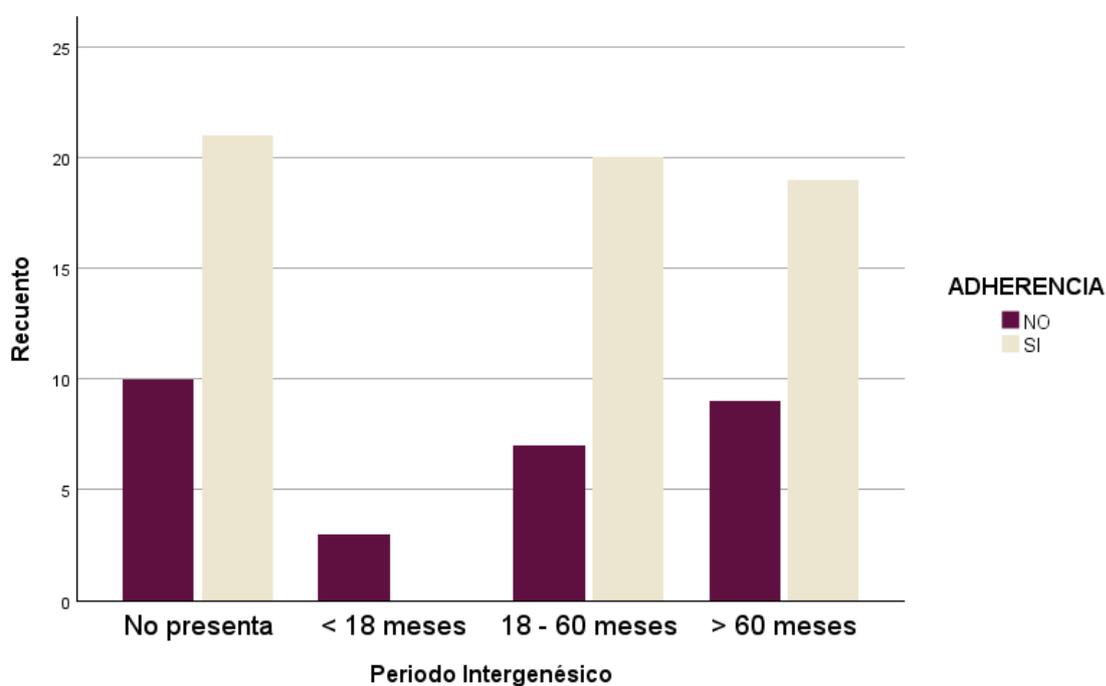
Tabla de contingencia de adherencia terapéutica según periodo intergenésico

Periodo Intergenésico	Adherencia terapéutica			
	NO		SI	
	N	%	N	%

No presente	10	34.5%	21	35.0%
< 18 meses	3	10.3%	0	0.0%
18 – 60 meses	7	24.1%	20	33.3%
> 60 meses	9	31.0%	19	31.7%

Tabla 25

Distribución de adherencia terapéutica según periodo intergenésico



En la Tabla 24 se observó que, en el grupo que no presentó adherencia terapéutica, el 34.5% corresponde a gestantes que no presentaron periodo intergenésico, seguido de un 31.0% con periodos mayores a 60 meses. Por otro lado, en el grupo con adherencia terapéutica, el 35.0% corresponde a gestantes sin periodo intergenésico, mientras que los periodos de 18 a 60 meses representan el 33.3%. Asimismo, no se registraron casos de adherencia terapéutica en gestantes con periodo intergenésico menor a 18 meses.

Tabla 26

Adherencia terapéutica y periodo intergenésico según prueba exacta de Fisher

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.756a	3	0.08	0.079
Razón de verosimilitud	7.299	3	0.063	0.082
Prueba exacta de Fisher	5.792			0.110
N de casos válidos	89			

Nota. Dos casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. Se utilizó la prueba Exacta de Fisher

Mediante la Prueba Exacta de Fisher, se evaluó la asociación entre el periodo intergenésico y la adherencia terapéutica, obteniéndose un valor de $p = 0.110$. Dado que este valor es superior al nivel de significancia estadística establecido ($p > 0.05$), no se encontró una asociación significativa entre ambas variables.

4.3. Análisis bivariado y multivariado

Tabla 27

Análisis bivariado de factores asociados a la no adherencia terapéutica

	OR crudo	IC 95%	Valor p
Edad Madre -			
< 20 años	0.356	0.061 – 2.077	0.251
20 a 34 años	0.34	0.083 – 1.401	0.136
> 34 años	Ref.		
Procedencia *			

Costa	1.06	0.357 – 3.148	0.916
Sierra/Selva/Extranjera	Ref.		
Estado Civil *			
Soltera	1.15	0.403 – 3.284	0.794
Casada/Conviviente	Ref.		
Nivel Económico *			
Bajo	1.269	0.282 – 5.719	0.756
Medio/Alto	Ref.		
Grado de Instrucción -			
Primaria	5.333	0.834 – 34.092	0.077
Secundaria	2.049	0.608 – 6.907	0.247
Superior	Ref.		
Número de Gestaciones -			
Secundigesta	Ref.		
Primigesta	1.973	0.645 – 6.03	0.233
Multigesta	4.971	1.532 – 16.132	0.008
Edad Gestacional *			
Primer/Segundo Trimestre	Ref.		
Tercer Trimestre	0.869	0.304 – 2.482	0.794
Controles Prenatales -			
< 6 controles	0.536	0.217 – 1.324	0.176
≥ 6 controles	Ref.		
Periodo Intergenésico *			
No presente	Ref.		

< 60 meses	1.05	0.36 – 3.059	0.929
> 60 meses	0.995	0.333 – 2.969	0.992

En la tabla 27 se presentó el análisis bivariado de los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia, con respecto a la variable de Número de Gestaciones, se observó que la multigesta presentó una asociación significativa con la no adherencia terapéutica (OR = 4.971; IC 95%: 1.532 – 16.132; p = 0.008). Este resultado indica que las gestantes multigestas tienen aproximadamente 5 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento en comparación con las segundigestas, lo que sugiere que la experiencia previa en embarazos podría influir negativamente en el cumplimiento terapéutico. Por otro lado, el grado de instrucción primaria mostró una tendencia hacia la no adherencia terapéutica, aunque no alcanzó significancia estadística (OR = 5.333; IC 95%: 0.834 – 34.092; p = 0.077). En cuanto a la edad de la madre, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de < 20 años (OR = 0.356; IC 95%: 0.061 – 2.077; p = 0.251) y 20 a 34 años (OR = 0.34; IC 95%: 0.083 – 1.401; p = 0.136) en comparación con el grupo de > 34 años. Respecto a la procedencia, no se identificaron diferencias significativas entre las gestantes de la costa (OR = 1.06; IC 95%: 0.357 – 3.148; p = 0.916) y las gestantes de otra procedencia. Tampoco se observaron asociaciones significativas en el estado civil, nivel económico, edad gestacional, número de controles prenatales o periodo intergenésico (p > 0.05 en todos los casos).

Tabla 28

Análisis multivariado de factores asociados a la no adherencia terapéutica

	OR ajustado	IC 95%	Valor p
Edad Madre			
< 20 años	0.512	0.052 – 4.999	0.564

20 a 34 años	0.52	0.093 – 2.915	0.458
> 34 años	Ref.		
Procedencia			
Costa	0.92	0.25 – 3.384	0.90
Sierra/Selva/Extranjera	Ref.		
Estado Civil			
Soltera	1.046	0.3 – 3.648	0.944
Casada/Conviviente	Ref.		
Nivel Económico			
Bajo	0.594	0.085 – 4.153	0.60
Medio/Alto	Ref.		
Grado de Instrucción			
Primaria	7.981	0.711 – 89.607	0.092
Secundaria	2.327	0.57 – 9.505	0.239
Superior	Ref.		
Gestaciones			
Secundigesta	Ref.		
Primigesta	3.401	0.705 – 16.406	0.127
Multigesta	4.518	1.213 – 16.827	0.025
Edad Gestacional			
Primer/Segundo Trimestre	Ref.		
Tercer Trimestre	0.464	0.12 – 1.792	0.265
Controles Prenatales			
< 6 controles	0.294	0.073 – 1.189	0.086

≥ 6 controles	Ref.		
Periodo Intergenésico			
No presente	Ref.		
< 60 meses	0.525	0.115 – 2.406	0.407
> 60 meses	0.294	0.061 – 1.418	0.127

En el análisis multivariado de los factores asociados a la no adherencia terapéutica en gestantes con anemia, se identificó que, en la variable de Número de Gestaciones, ser multigesta mantuvo una asociación significativa, mostrando una mayor probabilidad de no adherencia en comparación con las segundigestas (OR ajustado = 4.518; IC 95%: 1.213 – 16.827; $p = 0.025$). Este resultado sugiere que las gestantes multigestas tienen aproximadamente 4.5 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento en comparación con las segundigestas. Por otro lado, el grado de instrucción primaria mostró una tendencia hacia la no adherencia, aunque continuó sin alcanzar significancia estadística (OR ajustado = 7.981; IC 95%: 0.711 – 89.607; $p = 0.092$).

En cuanto a la edad de la madre, no se encontraron asociaciones significativas en los grupos de < 20 años ($p = 0.564$) y 20 a 34 años ($p = 0.458$) en comparación con el grupo de > 34 años. Tampoco se identificaron diferencias significativas en la procedencia ($p = 0.90$), estado civil ($p = 0.944$), nivel económico ($p = 0.60$), grado de instrucción secundaria ($p = 0.239$), edad gestacional ($p = 0.265$), controles prenatales ($p = 0.086$) y periodos intergenésicos ($p > 0.05$). Estos resultados confirman que la multigesta es un factor asociado a la no adherencia terapéutica, mientras que otros factores no mostraron una influencia estadísticamente significativa en el modelo ajustado.

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio la no adherencia terapéutica fue de 32.5% en las gestantes con anemia; el factor sociodemográfico, como la edad, estado civil y procedencia, el factor económico y educativo no estuvieron asociados a la adherencia terapéutica, en cuanto el factor obstétrico en el cual se consideró la edad gestacional, los controles prenatales y el periodo intergenésico tampoco estuvieron asociados a la adherencia terapéutica; sin embargo, el número de gestaciones si tuvo asociación a la adherencia terapéutica en el centro de salud Chancas de Andahuaylas.

Bancha et al. (2022) no encontró asociación significativa entre la adherencia terapéutica y los factores sociodemográficos, determinó un aumento en 5% de no adherencia por cada año de edad (OR = 1,05, IC 95%: 1,01-1,08) y que la edad materna avanzada está asociado a la no adherencia al tratamiento. Este resultado es similar a lo encontrado en el presente estudio, en el cual no se encontró asociación estadísticamente significativa. Muy por el contrario, el estudio de Arones (2023) encontró asociación significativa, refirió que edad materna de 21 – 26 años era un factor asociado a la adherencia terapéutica al igual que la procedencia ($p = 0.003$) y el estado civil ($p = 0.009$). Esto puede explicarse que, a mayor edad, las mujeres podrían tener mayor conocimiento sobre la importancia de la adherencia terapéutica a diferencia de una mujer joven quien no podría percibir lo perjudicial de no seguir las indicaciones terapéuticas en beneficio del producto. Una mujer casada o conviviente puede contar con un entorno que le podría brindar estabilidad emocional y ayuda en el compromiso de la adherencia al tratamiento a diferencia de una mujer soltera quien podría tener responsabilidades adicionales.

Zegeye, et al. (2021) en su trabajo de investigación, encontraron que la adherencia terapéutica era menor en las gestantes más pobres (OR = 0,68, IC del 95%; 0,46-0,99), refirieron que el nivel económico tiene un papel fundamental en la adherencia al tratamiento,

además, demostraron que las mujeres con nivel económico medio – alto tenían menor riesgo de no adherencia terapéutica. Este resultado difiere al presente estudio, en el cual no se encontró asociación entre la adherencia terapéutica y el factor económico. Se sabe que una persona con un nivel económico bajo tiene menos oportunidad de adquirir alimentos ricos en hierro por ende presenta más probabilidad de presentar anemia, por lo que es indispensable el consumo de suplementos y una buena adherencia al tratamiento. Contrario a lo encontrado en el presente estudio donde sí hubo adherencia terapéutica. Esto puede explicarse porque en el distrito de Santa Anita habitan, principalmente, familias de nivel económico medio y medio-alto, lo que las hace tener una mejor adherencia al tratamiento.

Saeed et al. (2024) encontró asociación entre el factor educativo y la adherencia terapéutica, refiere que la falta de educación es un limitante en cuanto la comprensión sobre la importancia del tratamiento. De igual manera, Konje et al. (2022) en su trabajo de investigación, conocieron que tener solo primaria (OR = 2,1) se asocia de forma significativa con una menor adherencia terapéutica. Por su lado, Bancha et al. (2022) dieron a conocer que el nivel educativo amplía el tiempo de adherencia al tratamiento y que el menor nivel educativo (sin educación: OR = 2,43, primaria: OR = 3,0, secundaria: OR = 1,91) está asociado a un mayor riesgo a la adherencia terapéutica. Muy por el contrario, en el presente trabajo, el factor educativo no tuvo asociación significativa con la adherencia terapéutica, pero, como se evidenció que más de la mitad de las gestantes con anemia presentó buena adherencia al tratamiento, puede ser debido a los esfuerzos del personal del Centro de Salud de brindar información clara y concisa a las gestantes de distintos niveles educativos. La educación facilita que la gestante pueda comprender la información que se le brinda y de esta manera pueda cumplir el tratamiento.

En cuanto a los factores obstétricos, Bancha et al. (2022), no encontraron asociación entre los factores obstétricos y la adherencia terapéutica. De forma similar, en el presente

estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa, en cuanto la edad gestacional, controles prenatales y periodo intergenésico. Esto puede deberse a que, durante los primeros trimestres del embarazo, la gestante puede no percibir síntomas o complicaciones evidentes por lo cual no es consciente de cuan grave es no cumplir con el tratamiento. Contar con pocos controles prenatales hace deficiente los esfuerzos por parte del personal de salud, ya que habrá menor monitoreo de los niveles de anemia y pobre control sobre la adherencia al tratamiento. Las mujeres con periodo intergenésico corto y si a esto se le suma el ser multípara, la atención al tratamiento puede ser lo menos prioritario. También, Banha et al. (2022) evidencia que, a mayor número de gestaciones, la mujer se vuelve más negligente y con esto no se logra la adherencia a la terapéutica. Sin embargo, el presente trabajo encontró asociación entre el número de gestaciones y la adherencia al tratamiento. Esta diferencia podría deberse a que la gestante ya ha pasado previamente esa situación, ha recibido la información adecuada y sabe como actuar.

El presente estudio presenta limitaciones, al estar compuesto por una población de gestantes de un Centro de Salud específico, los resultados pueden no ser generalizables a otros Centros de Salud, ya que podrían contar con otras características sociodemográficas. Por otro lado, la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial y no se han contemplado todas las variables en este estudio.

VI. CONCLUSIONES

- La no adherencia terapéutica fue de 32.5%. No hubo asociación estadísticamente significativa con los factores sociodemográficos, económicos, educativos y obstétricos. Sólo el factor obstétrico, número de gestaciones, presentó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.022$) y hubo 4.518 (1.213 – 16.827) veces mayor riesgo que una gestante con anemia no tenga adherencia terapéutica.
- No hubo asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos, dentro de esta edad ($p = 0.458$), (OR = 0.52, 0.093 – 2.915); procedencia ($p = 0.90$), (OR = 0.92, 0.25 – 3.384) y estado civil ($p = 0.944$), (OR = 1.046, 0.3 – 3.648) con la adherencia terapéutica en las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- No hubo asociación estadísticamente significativa entre el factor económico ($p = 0.60$), (OR = 0.594, 0.085 – 4.153) y la adherencia terapéutica en las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- No hubo asociación estadísticamente significativa entre el factor educativo ($p = 0.092$), (OR = 7.981, 0.711 – 89.607) y la adherencia terapéutica en las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.
- Respecto a los factores obstétricos, no hubo asociación estadísticamente significativa con la edad gestacional ($p = 0.265$), (OR = 4.64, 0.12 – 1.792), controles prenatales ($p = 0.086$), (OR = 0.294, 0.073 – 1.189) y periodo intergenésico ($p = 0.127$), (OR = 0.294, 0.061 – 1.418); solo el número de gestaciones presentó asociación estadísticamente significativa ($p = 0.022$) en relación con la adherencia terapéutica, además, hubo 4.518 (1.213 – 16.827) veces mayor riesgo que una gestante con anemia no tenga adherencia terapéutica.

VII.RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio, a nivel regional, considerando más factores asociados a la adherencia terapéutica, tales como los factores culturales, alimenticios y los asociados a efectos secundarios.
- Articular acciones entre las diferentes especialidades del Centro de Salud para el manejo de gestantes con factores sociodemográficos de riesgo.
- Elaborar un programa nutricional para el manejo de gestantes con menos recursos económicos.
- Continuar con las sesiones informativas - educativas para una mayor comprensión de las consecuencias de la anemia y la no adherencia al tratamiento.
- Reforzar las visitas domiciliarias o telemonitoreo a las gestantes con menor número de controles prenatales y con riesgo de no adherencia la terapéutica.

VIII.REFERENCIAS

- Arones, Y. (2023). *Factores relacionados a la no adherencia al sulfato ferroso en gestantes del Centro de Salud Pampa Cangallo, diciembre 2022 A febrero 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio Institucional UNSCH. <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9bdf0849-1c9d-4d3c-9280-f12de74b047d/content>
- Baltazar, Y. y Damián, L. (2023). *Factores asociados a la adherencia de sulfato ferroso en gestantes del Centro de Salud Llata, 2022 – 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional UNHEVAL. <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/a31c7435-3594-4d88-bff9-030d53b6cfeb>
- Bancha, B., Lajore, B., Petros, L., Hassen, H. y Jemal, A. (2022). Time tonon-adherence to iron and folic acid supplementation and associated factors among pregnant women in Hosanna town, South Ethiopia: Cox-proportional hazard model. *PloS one*, 17(9), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275086>
- Rosich, B. y Mozo, Y. (2021). *Anemias. Clasificación y diagnóstico*. Pediatría Integral N°5 – JUL-AGO 2021. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-07/anemias-clasificacion-y-diagnostico/>
- Castro, A., Barrero, J., Francisco, J. y García, P. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Pfizer. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- Carhuamaca, J. (2024). *Factores asociados a la anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas en el año 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/8814>

- Charca, D. (2017). *Prevalencia y factores asociados a la anemia en las gestantes que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el periodo julio – diciembre del 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional UNJBG. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/805f84bf-28eb-42df-87e5-9b33f8033d39>
- Espinola, M., Sanca, S. y Ormeño, A. (2021). Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazadas en el Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(2), 192-201. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000200192>
- Friel, A. (2023). *Anemia en el embarazo*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>
- Gloria, F. (2024). *Evaluación de la anemia*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/abordaje-del-paciente-con-anemia/evaluaci%C3%B3n-de-la-anemia?ruleredirectid=758>
- Jujra, R. (2024). *Factores asociados a la adherencia del uso de suplemento de hierro y ácido fólico en gestantes del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, Lima, 2024*. Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/dab4e292-f57d-4ddd-adf6-1f84af3db7d8/content>
- Konje, E., Ngaila, B., Kihunrwa, A. y Mugassa, S. (2022). High Prevalence of Anemia and Poor Compliance with Preventive Strategies among Pregnant Women in Mwanza City, Northwest Tanzania: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 14(18), 1-12. <https://doi.org/10.3390/nu14183850>

- Mankelkl, G. y Kinfe, B. (2023). Sociodemographic factors associated with anemia among reproductive age women in Mali; evidenced by Mali malaria indicator survey 2021: spatial and multilevel mixed effect model analysis. *BMC women's health*, 23(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02351-x>
- Ministerio de Salud (2017). *Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). *Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico para gestantes y puérperas*. <https://anemia.ins.gob.pe/suplementacion-con-sulfato-ferroso-y-acido-folico-para-gestantes-y-puerperas>
- Munares, O. y Gómez, G. (2021). Adherencia al consumo de suplementos de hierro y factores asociados en gestantes peruanas. *Revista Cubana Pública*, 47(4), 1-17. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000400002&lng=es&tlng=es
- National heart, Lung and Blood Institute (2022). *Anemia en el embarazo* <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia/embarazo#:~:text=La%20anemia%2C%20especialmente%20la%20anemia,pedir%C3%A1%20que%20tome%20vitaminas%20prenatales>.
- Navarro, I. (2024). *Factores de riesgo de anemia gestacional en pacientes atendidas en el C.M.I. Juan Pablo II, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/5262>
- Oshotse, C., Bosworth, H. y Zullig, Ll. (2020). Compromiso y adherencia al tratamiento. *Manual de Wiley sobre participación en el tratamiento de la atención médica: teoría, investigación y práctica clínica* (pp. 15– 32). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119129530.ch1>

- Organización Mundial de la Salud (2023). *Anemia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Anemia en mujeres en edad reproductiva y niños menores de cinco años en la Región de las Américas*. Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud. <https://www.paho.org/en/enlace/anemia-women-and-children>
- Pasco, P. (2024). *Factores asociados a la adherencia a la suplementación prenatal con hierro/ácido fólico en mujeres embarazadas que asisten al Centro Materno Infantil Los Sureños durante el 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c7cf9ff4-ac44-4f71-b67d-9da638b1fd7c/content>
- Saeed, M., Adam, K., Hussein, M. y AlHabardi, N. (2024). Prevalence and Factors Associated with Adherence to Iron-Folic Acid Supplementation Among Pregnant Women in Eastern Sudan: A Cross-Sectional Study. *Patient preference and adherence*, 18(1), 1665–1674. <https://doi.org/10.2147/PPA.S476738>
- Saragih, D., Dimog, F., Saragih, S. y Lin, J. (2022). Adherence to Iron and Folic Acid Supplementation (IFAS) intake among pregnant women: A systematic review meta-analysis. *Midwifery*, 104(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103185>
- Silva, K. (2021). *Factores asociados a anemia en gestantes atendidas en el centro de salud materno infantil Baños de Inca durante el año 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4195>
- Silva, D. (2023). *Factores Nutricionales Y Obstétricos Asociados A Anemia En Gestantes*. Centro De Salud Baños Del Inca - Cajamarca, 2021-2022. [Tesis de pregrado,

Universidad de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC.

<http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/6247/TESIS%20%20DANIELA%20JUDITH%20SILVA%20L%c3%93PEZ.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Vílchez, W. y Valenzuela, R. (2023). *Informe: Estado nutricional de gestantes que acceden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional Primer Semestre 2023.* INS.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5355661/4795549-informe-gerencial-sien-his-gestantes-primer-semester-2023.pdf>

Zegeye, B., Adjei, K., Olorunsaiye, Z. y Ahinkorah, O. (2021). Pregnant women's decision-making capacity and adherence to iron supplementation in sub-Saharan Africa: a multi-country analysis of 25 countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04258-7>

IX.ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	HIPÓTESIS GENERAL	Variables Dependientes	MÉTODO
¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?	GENERAL Determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.	Los factores sociodemográficos, económicos, educativos y obstétricos están asociados a la adherencia terapéutica en gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.	Adherencia al tratamiento de anemia. Variable Independientes Factores sociodemográficos Factor económico Factor educativo Factores obstétricos	El estudio es de tipo analítico, cuantitativo, descriptiva, retrospectivo, transversal y observacional. INSTRUMENTO Se utilizó la técnica de documentación con instrumento, por lo cual se elaboró una hoja de recolección de los datos, registrados en las historias
PROBLEMAS ESPECÍFICOS				
¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la adherencia				

terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?	OBJETIVO ESPECÍFICO Identificar los factores sociodemográficos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA El factor sociodemográfico, dentro del cual está la edad, procedencia y estado civil, están asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.	clínicas, el cual incluía edad, estado civil, procedencia, nivel económico, nivel educativo, número de gestación, PIG, edad gestacional, controles prenatales y nivel de hemoglobina al inicio y final del tratamiento
¿Cuáles con los factores educativos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de	Especificar los factores económicos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia	Andahuaylas, 2024. El factor económico está asociado a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia	POBLACIÓN Y MUESTRA Durante el 2024 se atendieron 284 gestantes de las cuales 97 presentaron

<p>Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?</p> <p>¿Cuáles con los factores obstétricos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024?</p>	<p>de atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.</p> <p>Identificar los factores educativos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas, 2024.</p> <p>Establecer los factores obstétricos asociados a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia</p>	<p>atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.</p> <p>El factor educativo está asociado a la adherencia terapéutica de las gestantes con anemia atendidas en el centro de salud Chancas de Andahuaylas, 2024.</p> <p>Los factores obstétricos como la paridad, edad gestacional, controles prenatales y el periodo intergenésico están asociados a la adherencia</p>	<p>anemia y recibieron tratamiento y 87 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.</p>
--	---	--	--

atendidas en el Centro terapéutica de las
de Salud Chancas de gestantes con anemia
Andahuaylas, 2024. atendidas en el Centro de
Salud Chancas de
Andahuaylas, 2024

Anexo B. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Indicadores	Categoría	Estadística
Gestantes con anemia	Será medido con el valor de la hemoglobina registrada en las historias clínicas.	Ordinal	Valores: • Leve: 10-10.9g/dl • Moderado: 7-9.9g/dl • Severo: <7g/dl	Porcentaje
Adherencia terapéutica	Será evaluado mediante los controles de hemoglobina de cada paciente, encontrado en la historia clínica.	Ordinal	Buena adherencia Mala adherencia	Porcentaje
Sociodemográfico				
Edad	Será conocido mediante la	Nominal	< 20 años 20 – 34	

	información registrada en las historias clínicas		> 34 años	Porcentaje
Procedencia	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Costa	Porcentaje
			Sierra Selva	
Estado civil	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Soltera	Porcentaje
			Casada Conviviente	
Económico	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Bajo	Porcentaje
			Medio Alto	
Educativo	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Primaria	Porcentaje
			Secundaria Superior	

Obstétricos

Número de gestación	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Primigesta Segundigesta Multigesta	Porcentaje
Edad gestacional	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Porcentaje
Controles prenatales	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	< 6 > 6 controles	Porcentaje
Periodo intergenésico	Será conocido mediante la información registrada en las historias clínicas	Nominal	< 18 meses 18 – 60 meses > 60 meses	Porcentaje

Anexo C. Ficha de recolección de datos**Ficha de recolección de datos****Factores sociodemográficos****1. Edad:** _____**2. Estado civil:**

- | | | |
|------------|----------------|----------|
| a. Soltera | c. Conviviente | e. Viuda |
| b. Casada | d. Divorciada | |

3. Procedencia:

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| a. Costa | b. Sierra | c. Selva |
|----------|-----------|----------|

4. Residencia: _____**Factores económicos****1. Nivel económico:**

- a. Bajo
- b. Medio
- c. Bajo

Factores educativos**1. Grado de instrucción**

- | | |
|--------------------|------------------|
| a. Sin instrucción | d. Técnico |
| b. Primaria | e. Universitario |
| c. Secundaria | |

2. Años aprobados: _____**Factores obstétricos****1. Paridad:**

- | | |
|--------------|----------------|
| a. Nulípara | c. Secundípara |
| b. Primípara | d. Multípara |

2. Periodo intergenésico

- a. < 18 meses
- b. > 18 meses
- c. > 60 meses

1. Edad gestacional:

- a. I trimestre
- b. II trimestre
- c. III trimestre

2. Controles prenatales: _____

Factores clínico-nutricionales

1. Anemia

- a. Leve
- b. Moderado
- c. Severo

2. Recibió tratamiento

- a. Sí
- b. No

3. Adherencia terapéutica:

- a. Sí
- b. No