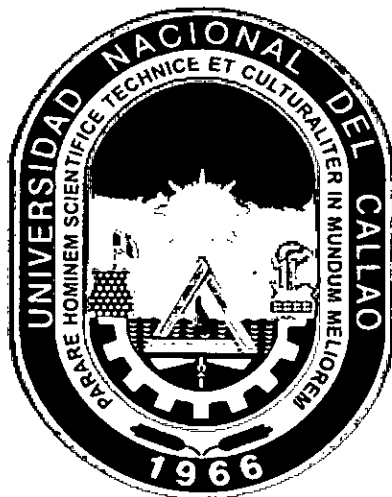



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES
EN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN EL CENTRO DE
SALUD DIONISIO VIVANCO QUINTANILLA DEL PUEBLO JOVEN
CENTENARIO, ABANCAY 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**


DRA. ZOLA DIAZ TAVERA
CER. 18888 RNE. 1512

LUISA INOCENCIA PIMENTEL ESPINOZA

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 355

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	27
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 Recolección de Datos	28
3.2 Experiencia Profesional	28
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	31
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado **“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD DIONICIO VIVANCO QUINTANILLA DE PUEBLO JOVEN CENTENARIO LOS AÑOS 2015- 2017”**, refleja la labor que a diario se presta a las madres de niños menores de seis meses desde el momento de su nacimiento, con el propósito de lograr mayor conocimiento aplicación y practica de lactancia materna adecuada que contribuye optimo crecimiento y desarrollo del cerebro del niño.

La lactancia materna exclusiva es recomendada en los primeros seis meses de vida, debido a que la leche materna es el único y mejor alimento para el infante que refleja el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. En las últimas décadas, la lactancia materna se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto.

En este sentido la recomendación actual de OMS, para las madres es practicar lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses, sin otros líquidos ni alimentos adicionales que no sean medicamentos o vitaminas. Después de esa edad es posible introducir alimentos complementarios.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

Recientemente la organización no gubernamental (ONG) Save the Children, elaboró un informe donde expresa que las vidas de 95 bebés podrían salvarse cada hora, 830 000 cada año, si las madres les alimentaran con leche materna desde el momento del nacimiento. En el documento se afirma que si los bebés reciben el calostro –la primera leche de la madre– en su primera hora de vida, su sistema inmunológico “se pone en marcha inmediatamente”, lo que les da el triple de posibilidades de sobrevivir. En este informe, citado por varias agencias de prensa en el mundo, se atribuye este problema a la falta de educación e influencia de las mujeres, que, según Save the Children, se traduce en que algunas prácticas dañinas, que impiden que las madres den el pecho a sus hijos, estén “bastante extendidas”.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han dejado bien establecido y recomendado que la alimentación con leche humana exclusivamente hasta los seis meses de vida, es la forma natural e ideal para la alimentación de los recién nacidos y lactantes (1).

El amamantamiento debe ser estimulado, apoyado y alentado durante el control prenatal. A la gestante se le debe explicar las ventajas de la lactancia para ella y su hijo, prepararla mental y físicamente y al entorno familiar para una lactancia materna exclusiva (**Urquiza A-2014**).

durante el siglo pasado se registró una tendencia descendente en la tasa de amamantamiento, la cual se vio propiciada, en parte, por los deseos de superación profesional de la mujer, su masiva incorporación al mercado laboral y al concomitante desarrollo de una industria farmacéutica productora de sucedáneos de la leche materna, que vio en las madres un mercado cautivo al cual dirigir sus campañas publicitarias de productos que desalentaban, directa o indirectamente, la práctica de la lactancia materna. (**comisión de lactancia Materna sociedad Venazolana-2011**).

Debemos sumar esfuerzos por rescatar la práctica de la alimentación natural, que en definitiva es la que va a determinar que tengamos seres humanos sanos, sensibles, inteligentes, aptos para afrontar los retos que la evolución universal impone. Lactancia materna y ecología es un binomio importante que no debemos olvidar si queremos un mejor país, un mejor continente y un mejor planeta. Recordemos que la lactancia materna en la primera hora de vida salva un millón de niños (**CLMV-2011**).

En el Centro de Salud Dionicio Vivanco Quintanilla de Pueblo Joven Centenario se atiende a 290 niños menores de 6 meses que son lactantes de los cuales solo el 74% de niños recibieron lactancia materna exclusiva en el años 2015, a pesar de que el equipo básico de salud realiza anodados esfuerzos pero sigue existiendo una brecha de madres que no dan lactancia materna una de ellas es porque las madres son adolescentes, y madres de familia del nivel superior que desempeñan cargos administrativos y que tiene trabajo de 8 horas diarias, y madres solteras las cuales sustituyen la lactancia materna exclusiva utilizando sucedáneos, y aquellas madres que no acudieron a su control prenatal en forma continua y desconocen la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva y siempre buscan excusas y argumentos no válidos y creencias erróneas que tienen desde sus antepasados.

1.2 Objetivo.

Describir intervención de enfermería en niños menores de 6 meses en lactancia materna exclusiva en el centro de salud Dionicio Vivanco Quintanilla pueblo Joven Centenario del año 2015-2017.

1.3 Justificación.

El propósito del presente trabajo académico es dar a conocer la intervención de enfermería en niños menores de 6 meses en

lactancia materna exclusiva del centro de salud Dionicio Vivanco Quintanilla pueblo joven centenario del año 2015-2017 .

Por qué en el Centro de Salud Pueblo Joven se aprecia bajas practica de lactancia materna exclusiva por parte de las madres de niños menores de 6 meses ya que muchas de ellas sustituyen el principal alimento del niño durante los primeros seis meses de edad a la leche materna ya sea fórmulas lácteas maternizadas que retardan el crecimiento y desarrollo psicomotor del niño ,motivo por el cual muchas mamas abandonan lactancia materna exclusiva influenciados por diversos factores, falta de conocimiento de la importancia de lactancia materna creencias, mitos y otros.

Para que la madre lactante ejerza una práctica adecuada de lactancia materna requiere que tenga una información exacta sobre la importancia y técnica correcta de amamantamiento, con el apoyo familiar.

La finalidad es incrementar el éxito de lactancia materna exclusiva, con el apoyo del esposo el entorno familiar y comunidad ya que la leche humana proporciona la nutrición ideal para cubrir las necesidades del lactante favoreciendo su crecimiento y desarrollo intelectual y protege contra las infecciones respiratorias, diarreas, reduce alergias etc.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio:

LORENA Génova , 2018, **buenos indicadores de salud en niños con síndrome de down: alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses**, cuyo objetivo es **Objetivos:** Describir la frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses en binomio madre-hijo/a de niños con síndrome de Down (SD) en control en Programa de Seguimiento de Salud de Personas con SD de la Red de Salud UC CHRISTUS (PSSPSD-UC), e identificar los factores que influyen en el abandono de la LME.

Pacientes y Método: Estudio de prevalencia de LME hasta los 6 meses, en el cual se estudió al binomio madre-hijo/a de niños chilenos con SD, entre 6 meses y 2 años, que se controlan en el PSSPSD-UC. Se utilizó un cuestionario on-line que incluyó datos de mográficos, antecedentes del hijo/a y experiencia en LM.

Resultados:El total de la muestra obtenida fue de 73 binomios. El 46,6% (34/73) de las madres dieron LME hasta los 6 meses o más. El 67,1% (49/73) de los hijos presentó alguna patología o malformación asociada que influía en la lactancia. De las 39 madres que no dieron LME hasta los 6 meses, 25 (64,1%) fue por motivos del hijo/a. La hospitalización durante los primeros 6 meses

de vida fue el factor más significativo en el cese de LME antes de los 6 meses (OR = 6,13).

Conclusión: Primer estudio en Chile que describe la frecuencia de LME a los 6 meses en niños con SD, en el que se obtuvo una alta frecuencia de LME en la población estudiada. El apoyo y educación adecuada sobre lactancia permitiría lograr una mayor tasa de LME en este grupo más vulnerable (2).

RIVERA LEDESMA E. 2015, **factores determinantes de la lactancia materna exclusiva:** Cuya **introducción** es La Organización Mundial de la Salud declara que la lactancia materna es un hábito ligado íntimamente a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial. A nivel mundial, únicamente el 35% de los bebés son amamantados durante sus primeros cuatro meses de vida. La literatura evidencia que aún existen madres que desconocen su importancia. Por ello, el objetivo del presente estudio fue identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud 11 de Noviembre de Santa Marta (Colombia); seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. Se preservaron aspectos éticos y metodológicos

que dieran cuenta del rigor científico correspondiente. Resultados: De las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. Discusión: Los resultados del presente estudio guardan relación con estudios similares realizados a nivel nacional e internacional, los cuales muestran que aunque la LM es un factor fundamental para el adecuado desarrollo de la primera infancia, infancia y adolescencia, requiere que las madres estén más educadas y mejor informadas. **Conclusiones:** Las madres continúan mostrando altos índices de desinformación con respecto a la lactancia materna. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestantes y adolescentes. Palabras clave: Lactancia Materna, Madres, Conocimiento. (Fuente: DeCS BIREME) (3).

RIVERA LEDESMA E. 2015 factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: policlínico. ciencias clínicas y patológicas, cuya introducción es La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad. La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano el único

alimento que el recién nacido y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. En Cuba en 2014 se pudo apreciar que 33,2% de los infantes menores de 6 meses eran amamantados con lactancia materna exclusiva. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva, según factores biosociales en el Policlínico Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio La Lisa, en 2015. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal. El universo de estudio lo constituyeron 182 madres de niños nacidos durante esa etapa en el área de salud. Se realizaron distribuciones de frecuencia y cálculos porcentuales. **Resultados:** El 49,5% de madres mantuvo lactancia materna exclusiva por 6 meses. Solo 34,2% de madres con nivel de escolaridad de secundaria, mantuvo la lactancia materna exclusiva por 6 meses. **Conclusiones:** Casi la mitad de las madres mantuvieron la lactancia materna exclusiva por 6 meses. En las madres en que la lactancia materna exclusiva duró menos de 6 meses, predominaron los siguientes factores biosociales: edad menor de 20 años, nivel de escolaridad de secundaria, estudiantes, primíparas, solteras y las de familia severamente disfuncionales. La insuficiente disponibilidad de leche en las mamas fue la causa más frecuente de supresión de la lactancia materna exclusiva (4).

QUISPE , Terukina. 2007 **niveles de glucemia en recién nacidos a término, adecuados para la edad gestacional, alimentados con leche materna exclusiva y no exclusiva,cuyo Objetivo es** Determinar la influencia de la lactancia materna exclusiva y no exclusiva sobre los niveles de glucemia en el neonato, durante las primeras 24 horas de vida. **Diseño:** Estudio de tipo cuasiexperimental. Lugar: Servicios de Atención Inmediata y Puericultura, Instituto Nacional Materno Perinatal. Participantes: Recién nacidos. Intervenciones: Se estudió a 90 RN distribuidos en 3 grupos, según modalidades de alimentación: a) 30 con LME, b) 30 con leche materna más leche maternizada y c) 30 con leche materna más suero glucosado. Se captó al RN que reunía los criterios de inclusión y previo consentimiento informado de la madre, se tomó la muestra de sangre a la madre y al neonato, para determinar la glucemia al nacimiento, a las 2, 4, 6, 12, 18 y 24 horas. Principales medidas de resultados: Valores de glucemia en el recién nacido. **Resultados:** Los RN alimentados con LME tuvieron una tendencia a la disminución de los niveles de glucemia más prolongada y un incremento más tardío del mismo, que los alimentados con leche materna más leche maternizada y leche materna más suero glucosado, siendo estas diferencias altamente significativas ($p < 0,0001$ y $p = 0,006$ respectivamente). **Conclusiones:** El nivel de glucemia menor a 40 mg/dL

(hipoglucemia) fue mayor en los RN alimentados con LME (16,7%), siguiéndole los alimentados con leche materna más leche maternizada (10%) y ninguno en los alimentados con leche materna más suero glucosado. La pérdida ponderal fue mayor en los neonatos alimentados con LME (5). Introducción: El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial con un permanente incremento en su incidencia. La lactancia materna ha mostrado ser un factor protector del cáncer de mama en diferentes estudios; sin embargo, ha sido poco evaluado en poblaciones latinoamericanas. Objetivo: Evaluar el efecto de la lactancia materna sobre el riesgo de desarrollar cáncer de mama en una población peruana. Diseño: Estudio de tipo caso-control. Lugar: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima - Perú, en los servicios de Oncología Médica y Radiología (sección de Mamografía). Participantes: Pacientes con cáncer de mama y mujeres con mamografías Birads 1 y 2.

ROJAS CAMAYO J. 2008 lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del hospital nacional Arzobispo Loayza, cuya Intervención es Se recolectó información de forma prospectiva, desde julio del 2006 hasta octubre del 2007. Se entrevistó 103 pacientes con cáncer de mama como casos y a 208 pacientes con mamografías Birads 1 y 2 como controles. Se consignó datos de factores de riesgo y patrones de

lactancia materna. Se utilizó la estadística descriptiva, así mismo análisis bivariado y de regresión logística. Principales medidas de resultados: Protección de la lactancia materna sobre el cáncer de mama. **Resultados:** La ausencia de lactancia materna estuvo asociada con un ligero incremento no significativo del riesgo, comparado con las pacientes que por lo menos alguna vez dieron de lactar (OR ajustado 1,99; IC 95% 0,23 a 6,99). Excluyendo las nulíparas, las que dieron de lactar de un mes a más por cada hijo comparadas con las que dieron de lactar menos de un mes por hijo tuvieron una reducción del riesgo, no significativo (OR ajustado 0,28; IC 95% 0,06 a 1,27). Sin embargo, si comparamos la duración de lactancia total de las mujeres que dieron de lactar de 3 meses a más comparadas con las que dieron menos de 3 meses o nunca, tuvieron una reducción significativa del riesgo de desarrollar cáncer de mama (OR ajustado 0,24; IC 95% 0,06 a 0,92). **Conclusiones:** La lactancia materna, en las mujeres que tuvieron hijos, muestra protección sobre el cáncer de mama, sobre todo si el período de lactancia materna total fue de tres meses a más (6).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SUS BENEFICIOS.

Lactancia materna exclusiva y sus beneficios LM o alimentación al seno materno es la manera natural de proveer a los bebés los

nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptima. Es un alimento seguro, listo para consumirse, con anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, una de las principales causas de muerte en niños a nivel mundial.^{46,47} Idealmente, la alimentación al seno materno debe ser exclusiva (incluyendo únicamente leche materna extraída del pecho, sin ningún otro tipo de alimento o bebida, a menos que sean soluciones rehidratantes, vitaminas o jarabes), empezando durante la primera hora a partir del nacimiento, debe ser a libre demanda mientras el bebé la consuma de día y de noche, y las mamilas o chupetes deben evitarse. ^{48,49} Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año, cubre 95% de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad (7).

Múltiples estudios evidencian el fuerte efecto protector de la lactancia contra enfermedades infecciosas, especialmente contra las infecciones respiratorias agudas del tracto superior e inferior, enfermedades gastrointestinales y otitis media durante la infancia y posterior a ella. Allen menciona un meta análisis donde se indica que el efecto protector se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, así como a la eliminación de

exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de la preparación y administración de la fórmula láctea, de modo que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con LM parcial fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no reciben lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor. Como se menciona en la Tabla III, la evidencia sugiere que los menores alimentados con leche materna se ven beneficiados a largo plazo, tienen menor riesgo de presión arterial alta y de colesterol elevado, y un mayor desempeño en pruebas de inteligencia, además de una menor prevalencia de diabetes (8).

POR QUÉ ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA

Las mujeres han dado de lactar en forma natural, durante muchos años sin conocer las ventajas de la lactancia materna. Ha sido últimamente que se han adquirido nuevos y más precisos conocimientos sobre su composición y sus beneficios, aunque todavía queda mucho por investigar.

Siendo la lactancia materna el patrón de alimentación normal del ser humano al inicio de la vida, cualquier otra sustancia que pueda usarse como alimento para lactantes, debe compararse con ella y no al revés como suele hacerse.

Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindárseles para decidir y llevar a cabo la alimentación de sus bebés, el personal de salud debe conocer tanto las ventajas del amamantamiento, como los riesgos de no amamantar como base para poder dar ese apoyo (9).

La Leche Materna es Unica:

La leche humana no es sólo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional y otra de protección contra las infecciones o de estímulo del desarrollo.

Por todo ello, la leche humana no es intercambiable con leches de otras especies o con fórmulas artificiales y hacerlo, pone en desventaja a la madre y al bebé (9).

Composición de la leche humana

Los principales componentes de la leche materna son sintetizados y secretados por la glándula mamaria. La composición de la leche humana no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante. Cambia durante la mamada, de una mamada a otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes. También tiene variaciones individuales. Sin embargo, estos cambios se dan entre

ciertos límites, por lo que se puede decir que su composición es estable dentro de la especie (9).

Nutrientes en la leche materna.

El agua constituye el 87.6% de la leche. Todos los otros componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en agua.

Estudios en climas calientes y secos han demostrado que los neonatos se mantienen bien hidratados, sólo con leche materna a libre demanda.

Dar agua y otros líquidos tales como infusiones (té, anís,...), puede disminuir la producción de leche materna, disminuir la ingesta de nutrientes del bebé e incrementar el riesgo de infecciones y desnutrición.

Las leches de los animales contienen más proteínas que la leche humana. Los animales necesitan más proteínas porque su crecimiento corporal es más rápido, pero ello no significa que es mejor.

La concentración de proteínas en la leche humana madura es de 0.9 g/dl - la más baja de todos los mamíferos - y cubre perfectamente las necesidades nutricionales del lactante humano. Además el lactante humano no puede.

Excretar fácilmente el exceso de proteínas. En la leche humana predominan las proteínas del suero (en la leche de vaca, la

caseína) y son más altas al inicio de la lactancia. La relación proteínas del suero/caseína es aproximadamente 90:10 al inicio, 60:40 en la leche madura y 50:50 en la lactancia tardía (9).

Las proteínas del suero contienen principalmente alfa-lactoalbúmina (a diferencia de la leche de vaca que contiene beta-globulina) y muy pequeña cantidad de albúmina sérica, pero una buena parte de las proteínas del suero son proteínas antiinfecciosas: lactoferrina, inmunoglobulinas y lisozima.

La alfa-lactoalbúmina juega un papel importante en la síntesis de lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente triptofano, lisina y cistina.

La caseína de la leche humana está formada sobre todo por beta-caseína y las de las otras leches facilita la La lactoferrina es más alta en la leche de madres con deficiencia de hierro, por lo que se piensa que protege al lactante contra la deficiencia de hierro (9).

La leche humana contiene todos los aminoácidos esenciales.

La taurina, aminoácido que aunque no es considerado esencial para el adulto, sí lo es para el recién nacido. Es neurotransmisor y neuromodulador del cerebro y de la retina, además de conjugar los ácidos de las sales biliares facilitando la absorción de los lípidos, entre otras funciones. No se encuentra en la leche de vaca y últimamente la han añadido a algunas fórmulas. absorción de calcio y zinc (9).

Grasas

El contenido total de grasa de la leche humana varía entre 3 y 5 g/dl. La grasa es la principal fuente de energía para el lactante, proporciona el 50% de las calorías de la leche.

La grasa en la leche está en pequeños glóbulos grasos, que se forman en las células alveolares mamarias, y están rodeados por una membrana formada por proteínas, fosfolípidos y otros (9).

Los principales componentes de la grasa de la leche son los triglicéridos (98 – 99%) que son desdoblados en ácidos grasos libres y glicerol, por la lipasa, que se encuentra tanto en el intestino como en la misma leche materna.

El 88% de la grasa de la leche humana está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, los cuales son principalmente, los omega-6 y los omega-3, que son esenciales porque el organismo no los produce, deben ser ingeridos en la dieta y no los contiene la leche de vaca.

Los ácidos grasos omega-6, son el linoleico y el araquidónico (AA). Este es un componente de los fosfolípidos de la membrana celular y precursor de las prostaglandinas (9).

Los ácidos grasos omega-3, cuyo ácido básico, es el linolénico, precursor del eicosapentaenoico y del docosahexaenoico, (DHA), son constituyentes de las membranas celulares. El DHA se concentra sobre todo en cerebro y retina.

La presencia de DHA y AA, se asocia a una mayor agudeza visual y una mejor capacidad cognoscitiva del niño. Estos ácidos pueden mejorar o prevenir alteraciones del desarrollo neurovisual tales como la retinopatía de la prematuridad (9).

La leche humana contiene también un 10% de ácidos grasos de cadena mediana, cuya digestión y transporte son más rápidos que los de cadena larga, proporcionando una fuente rápida de energía al bebé.

El colesterol, parte importante del cerebro y necesario para la mielinización, se encuentra en alta concentración (10–20 mg/dl) en la leche humana, lo que parece inducir una programación para manejar el colesterol durante toda la vida, ya que los adultos que fueron amamantados con leche materna tienen niveles más altos de colesterol que los que fueron amamantados con leche de fórmula. *Carbohidratos*

La lactosa es el principal carbohidrato en la leche humana, se encuentra en una concentración de 7 g/dl en la leche madura (la más alta de las especies).

Se produce en la glándula mamaria y es constante a lo largo del día. Es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobra para ser absorbida por el intestino. La galactosa participa en la formación de los galactósidos cerebrales.

La lactosa ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento del cerebro y retrasa el crecimiento de organismos patógenos en el intestino. Es digerida lentamente. La

presencia de lactosa en las heces de un niño amamantado no es signo de intolerancia.

Otros carbohidratos presentes en la leche son los oligosacáridos (cuya función es principalmente protectora), la galactosa y la fructosa.

No todas las fórmulas artificiales contienen lactosa. Se desconocen los efectos de alimentar a lactantes sanos con sustitutos de leche materna sin lactosa. Los amamantados presentan cifras menores de colesterol que los alimentados con fórmula.

Vitaminas

La leche humana contiene gran cantidad de vitaminas A y C, a diferencia de la leche de vaca, en la que predominan las vitaminas del complejo B.

La cantidad de vitaminas en la leche humana varía de una madre a otra debido a diferencias de la dieta. Las vitaminas hidrosolubles de la leche materna se afectan más por la dieta de la madre que las vitaminas liposolubles. Sin embargo, en general, satisfacen los requerimientos del lactante nacido a término sano. Para su metabolismo, la vitamina D requiere que el bebé tenga una exposición solar de unos minutos diariamente, la que se ha cuantificado en dos horas a la semana, vestido y sin gorro, aunque esté nublado (9).

Minerales

La leche materna contiene todos los minerales necesarios para cubrir los requerimientos del lactante. La dieta de la madre no influye en ellos.

La cantidad de hierro en la leche materna, 0.5 – 0.7 mg/dl, es suficiente para los primeros 6 a 8 meses en los lactantes - que nacieron sanos, a término y con un pinzamiento oportuno del cordón al nacimiento - porque las reservas de hierro del recién nacido y el hierro de la leche materna, cuya absorción es facilitada por los altos niveles de lactosa y de vitamina C, suplen los requerimientos y evitan la anemia ferropénica (9).

2. Variaciones normales de la composición de la leche materna

Los términos que se usan convencionalmente para explicar estas variaciones no son exactos ya que los cambios en la composición de la leche se dan en forma progresiva.

Calostro: La primera leche se puede producir desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido. Su principal función es protectora – tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los

patógenos. Si se da agua o alimentos artificiales, algo de ese 'tapiz' puede salirse, permitiendo a los agentes infecciosos ingresar al bebé.

El calostro ayuda a establecer la flora bifida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas.

Es particularmente rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos (como lactoferrina, lisozima, interleucina-10) leucocitos, especialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros.

Leche de transición.-Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 ó 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposolubles.

Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día (9).

Leche madura.- La leche madura contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones (9).

10 pasos para la lactancia materna.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (10).

INTERVENCION DE ENFERMERIA. Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directa o indirecta.

Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo (11).

2.3 Definición de términos

- a) **intervención de enfermería.-** se define a todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (12).

- b) **Lactancia materna exclusiva.-**se dice a la lactancia materna a la alimentación del niño a base de la leche materna hasta los 6 meses de edad.

- c) **Niños menores de seis meses.-**grupo de niños menores de 6 meses que habitan en un lugar determinado.

III EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

La recolección de datos se realizara de datos estadísticos que se maneja en el Centro de Salud de Pueblo Joven HI-MIS, informe anual de CRED, cuaderno intramural, cuaderno extramural, registro de apuntes, H.CL.

3.2. Experiencia Profesional

Mi actividad laboral inicie con el servicio Rural Urbano Marginal en salud (SERUMS,) en el año 2000 en el Puesto de Salud Tamburqui, Distrito de Circa –Abancay. luego en el año 2006 en el centro de salud santa Teresa-Abancay luego en el año 2007, desempeñándome como coordinadora del Programa Articulado Nutricional, en el Puesto de Salud Tamburqui de la Micro Red Vilcabamba –Grau. Y en el año 2009 en el centro de salud Pachaconas, Red Antabamba y desde el año 2013 hasta la actualidad trabajo en el Centro Salud Pueblo joven Centenario-Abancay, en la coordinación de área niño.

3.3. Procesos realizados en tema del informe

El Centro de Salud Dionicio Vivanco Quintanilla de Pueblo Joven Centenario de la Ciudad de Abancay, que atiende a una población

de 19,874 habitantes entre ellos 290 niños menores de 6 meses de los cuales en el 2015 solo reciben lactancia Materna exclusiva solo el 74% de niños menores de 6 meses y los esfuerzos por mejorar esta problemática han sido varios con mis años de experiencia y conociendo las características de la población es que veo que el problema esta en que algunas madres de familia no dan lactancia materna exclusiva a sus niños ya sea por desconocimiento o trabajo a pesar de que los partos son atendidos en el Centro de salud muchas de ellas prefieren dar formulas u otros sucedáneos a sus hijos lactantes, en los controles de crecimiento y desarrollo que se realiza se observa que los niños lactantes que reciben formulas presentan riesgo nutricional en peso para la edad.

Por lo que realizo: Sesiones educativas, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, capacitación a agentes comunitarios de salud, capacitación a líderes de la zona como las juntas vecinales, sociodramas, campañas de Lactancia Materna y otras actividades para incentivar la lactancia materna exclusiva, concurso de bebes mamones, implementación de celular RPM, para recepción de llamadas y para llamar a madres lactantes para su monitoreo de lactancia.

Siendo los procesos realizados, proceso de visitas domiciliarias, procesos de sesiones educativas, proceso de enseñanza en la lactancia materna exclusiva a través de concursos y otras actividades.

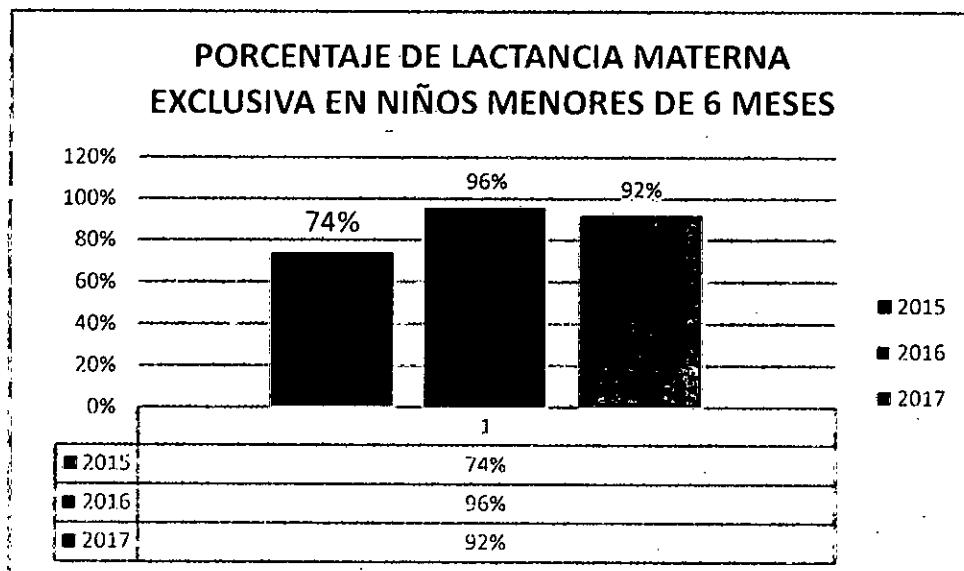
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS
MENORES DE 6 MESES DE LOS AÑOS 2015- 2017 DELCENTRO DE
SALUD DE PUEBLO JOVEN CENTENARIO.

AÑOS	META	NIÑOS CON LME	TOTAL %
2015	275	203	74%
2016	285	275	96%
2017	290	266	92%

Fuente: Reporte HIS MIS Centro de Salud Pueblo Joven.

GRAFICO N° 4.1



ANALISIS:

En el cuadro 4.1 vemos que, en el año 2015 a nivel del Centro de salud de acuerdo a los datos estadísticos se muestran que de acuerdo al consolidado de datos en el año 2015 recibieron su lactancia materna exclusiva 203 niños menores de 6 meses que hace un porcentaje de 74 %, habiendo una brecha más o menos de 26% de niños que no cumplieron con lactancia materna exclusiva, quedando siempre una pequeña brecha en los años siguientes, por lo tanto se puede observar la adecuada intervención de enfermería en las visitas domiciliarias seguimiento y las controles periódicas.

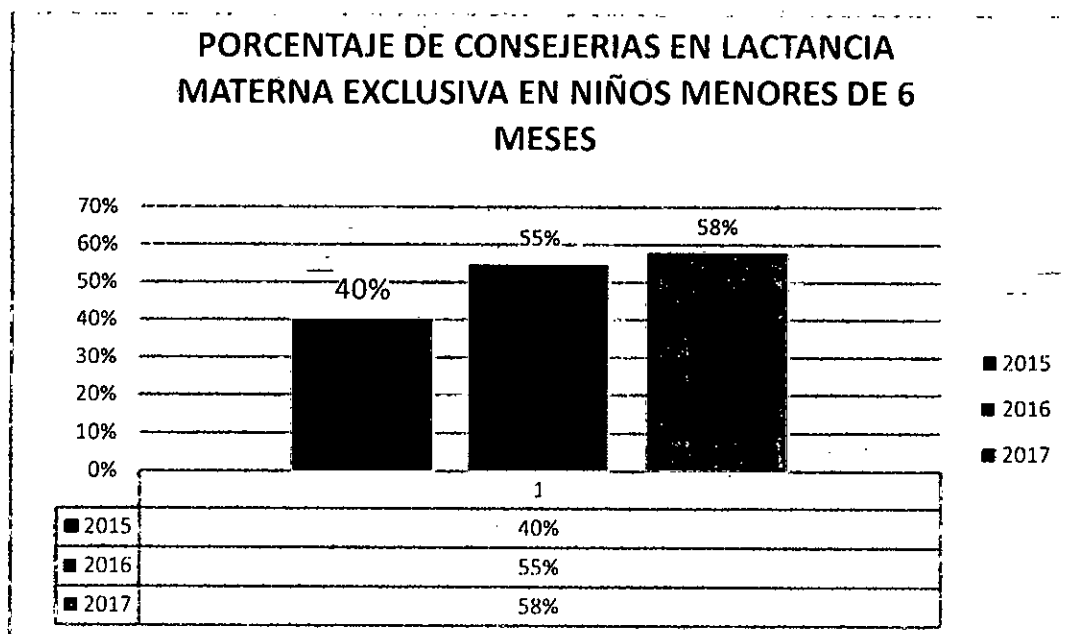
CUADRO N° 4.2

PORCENTAJE DE CONSEJERIAS A FAMILIAS DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES EN LACTANCIA MATERNA DE LOS AÑOS 2015- 2017 DEL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN.

AÑOS	META	CONSEJERIAS EN LME.	TOTAL %
2015	275	110	40%
2016	285	157	55%
2017	290	168	58%

Fuente: Reporte HIS MIS Centro de Salud Pueblo Joven.

GRAFICO N° 4.2



ANALISIS:

En el cuadro 4.2 vemos que, a nivel del centro de salud Pueblo Joven , en el año 2015 se realizaron sesiones de consejería en el hogar a familias de niños menores de 6 meses en un 40% y durante el año 2016 se realizaron sesiones de consejería en un 55% y en el año 2017 un 58% viéndose un incremento en cuanto a las sesiones de consejería, también se puede observar involucramiento del personal de salud en cuanto a actividades de Promoción de la Salud, en sesiones de consejería en lactancia materna exclusiva.

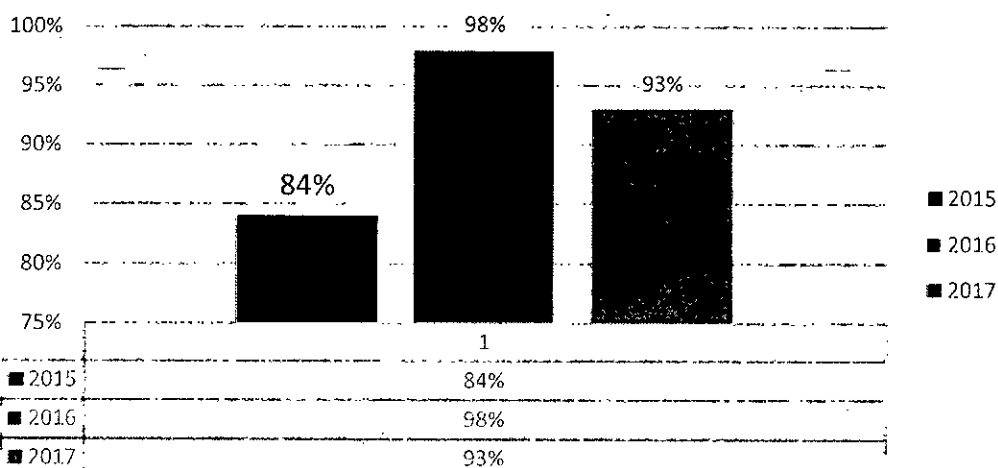
CUADRO N° 4.3
PORCENTAJE DE NIÑOS CONTROLADOS CON CRED EN MENORES
DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN
CENTENARIO DE LOS AÑOS 2015- 2017.

AÑOS	META	CONTROLADOS CRED	%
2015	275	230	84%
2016	285	280	98%
2017	290	270	93%

Fuente: Reporte HIS MIS Centro de Salud Pueblo Joven.

GRAFICO N° 4.3

PORCENTAJE DE NIÑOS CONTROLADOS CRED EN
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS
MENORES DE 6 MESES



ANALISIS:

En el cuadro 4.3 vemos que, a nivel del centro de Salud de Pueblo Joven, en el año 2015 se realizaron controles de CRED en niños menores de 6 meses con el 6to control CRED a un buen porcentaje de niños que se estuvo incrementando año en año de los cuales hay una brecha de niños de 6 meses que no recibieron lactancia materna exclusiva los niños que recibieron formula u otros sucedáneos.

Al realizar el análisis la intervención en enfermería es buena ya que en un buen porcentaje de niños recibieron sus controles completos y la lactancia materna durante los primeros meses de vida.

CUADRO N° 4.4
CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES DE MADRES QUE DAN DE
LACTAR DURANTE LOS AÑOS 2015-2017 DEL CENTRO DE SALUD
DE PURBLOVEN - ABANCAY.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
SIN INSTRUCCIÓN	90	33%	102	36%	99	34%
PRIMARIA	95	35%	89	31%	98	34%
SECUNDARIA	60	22%	62	22%	54	18%
SUPERIOR	30	11%	32	11%	39	13%
TOTAL	275	100	285	100	290	100

Fuente: H.CL. Centro de Salud Pueblo Joven.

ANALISIS:

En el cuadro 4.4 vemos que en el centro de Salud de Pueblo Joven, las madres de grados de instrucción bajo son los que lactan más llegando a un porcentaje de 33%,36%y 34%, las madres de grados superiores son las que lactan menos esto porque trabajan y prefieren sustituir con leches artificiales.

CUADRO N° 4.5
PORCENTAJE DE EVALUACION NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS
MENORES DE 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN
CENTENARIO DURANTE LOS AÑOS 2015- 2017.

AÑOS	META	RIESGO NUTRIC.	%	DESNUT. AGUDA	%	NORMAL	%	TOTAL	%
2015	275	40	14%	6	2%	229	83%	230	84%
2016	285	35	12%	4	1%	246	86%	280	98%
2017	290	32	11%	3	1%	255	87%	270	93%

Fuente: Reporte HIS MIS Centro de Salud Pueblo Joven.

ANALISIS:

En el cuadro 4.5 Se observa que se encontraron en el año 2015 40 niños menores de 6 meses con riesgo nutricional que hace un porcentaje de 14%, y en el año 2016 y 2017 fueron disminuyendo el porcentaje, en cuanto a la desnutrición aguda en el año 2015 se diagnosticaron a 6 niños que hace un porcentaje de 2% y en los años 2016 y 2017 a un 1% de niños.

Al realizar el análisis del presente cuadro podemos indicar que la intervención de enfermería en cuanto a la lactancia materna es efectiva ya

que vemos la disminución de porcentaje de niños con riesgo nutricional durante los primeros 6 meses eso indica que se está poniendo énfasis en las actividades extramurales y en el cambio de comportamientos de la familia del niño y la priorización de la lactancia materna exclusiva.

Una nutrición óptima durante la infancia es esencial para el crecimiento saludable y para el desarrollo mental. El incremento de la estatura en los primeros meses de vida es considerado uno de los mejores indicadores de la salud y del bienestar del niño.

V. CONCLUSIONES

- a) En el cuadro 4.1 podemos observar que en los años 2015- 2017, de acuerdo al informe CRED, se evidencia que hubo un incremento en el porcentaje de lactancia materna, por la intervención de enfermería con las sesiones de consejería en lactancia materna y otras actividades de importancia.

- b) Las sesiones de consejería a madres de niños menores de 6 meses año en año va incrementando ya que el equipo básico de salud siempre interviene realizando las sesiones de consejería en cada control.

- c) Las madres de grado de instrucción baja son las que mayormente lactana sus hijos que las madres de grados de instrucción superiores esto se debe a que las madres de grado de instrucción superior trabajan y dejan al cuidado de alguien al niño.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A la institución que los responsables de servicio de crecimiento y desarrollo y Etapa vida niño elabore más estrategias para el desarrollo de programas educativos dirigido a las madres sobre Lactancia Materna.

- b) A los agentes comunitarios de salud que realicen vistas domiciliarias en su comunidad con la finalidad de brindar orientación y consejería a las madres lactantes y hacer conocer la importancia de la lactancia materna.

- c) A las autoridades del centro de salud Pueblo Joven que el trabajo en salud sea de forma articulada con la finalidad de lograr metas y objetivos en bienestar de la población.

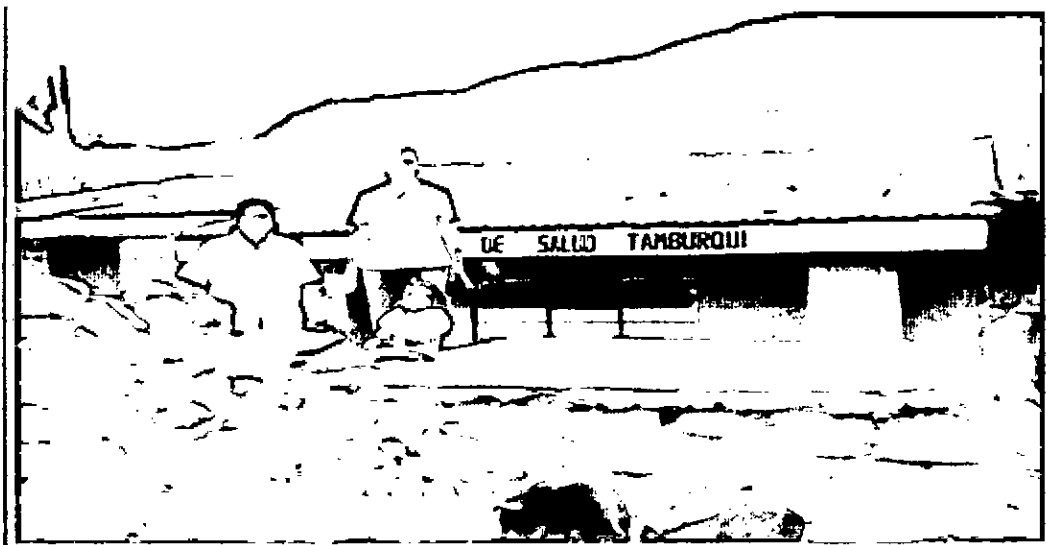
VII. REFERENCIALES

1. E. FB. Promoción de la lactancia materna exclusiva: una necesidad permanente. medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2014 May 29]; 12(2):[aprox. 3 p].
Disponble
en:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2737>.
2014 mayo; 29(1).
2. Lorena Génova , Jaime Cerda , Catalina Correa , Natalia Vergara , Macarena Lizama. Buenos indicadores de salud en niños con síndrome de Down: Alta frecuencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Revista chilena de pediatría. 2018 feb; vol.89(no.1).
3. RIVERA LEDESMA E. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico. CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS. 2015 junio; 32(1).
4. Quispe , Terukina. Niveles de glucemia en recién nacidos a término, adecuados para la edad gestacional, alimentados con leche materna exclusiva y no exclusiva. Anales de la Facultad de Medicina. 2007 abr./jun; v.68(n.2).
5. ROJAS CAMAYO J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. Anales de la facultad de medicina. 2008 ene./mar; 69(1).

6. MINSA. Resolución Ministerial Nro 651-2016-MINSA. 2016.
Resolución Ministerial de 31 de Agosto 2016.
7. MINSA. Directiva Administrativa Nro 201-MINSA /DGSP/V01-
Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de
salud amigos de la madre y el niño. 2014. RM. Nro 609-2014-MINSA.
8. UNICEF. Procion y apoyo de lactancia materna en establecimientos
de salud amigos dela madre y el niño. 2009. Documento Tecnico
manual del facilitador.
9. Méndez-Castillo JA, Alzate-Posada ML. Conocimiento de las
oportunidades perdidas de vacunación en profesionales no PAI
(Programa Ampliado de Inmunizaciones) de Bogotá, D.C. Revista de
la facultad de medicina. 2016 ene./mar; 64(1).
10. Chucheno. <https://chuneno15.blogspot.com/2017/04/pasos-basicos-para-la-consejeria.html>. [Online].; 2017 [cited 2017 Setiembre 25].
Available from: [https://chuneno15.blogspot.com/2017/04/pasos-
basicos-para-la-consejeria.html](https://chuneno15.blogspot.com/2017/04/pasos-basicos-para-la-consejeria.html).

ANEXOS

**SERUMS, EN EL AÑO 2000 PUESTO DE SALUD TAMBURQUI –
CIRCA**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**EQUIPO BASICO DE SALUD LISTO PARA INTERVENCION EN
SALUD.**



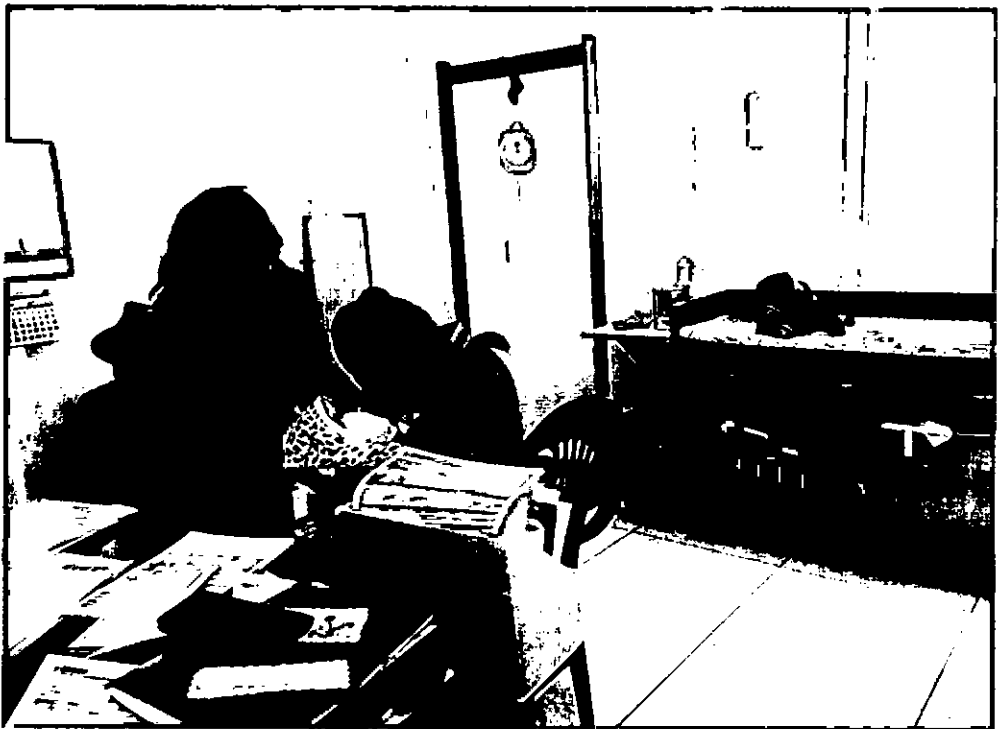
FUENTE: Elaboración Propia, 2018

CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA C.S. PUEBLO

JOVEN .



FUENTE: Elaboración Propia, 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

EQUIPO BASICO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD



FUENTE: Elaboración Propia, 2018