

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN
DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES GESTANTES
Y MADRES CON HIJOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE
SALUD CHALHUANCA AYMARAES, APURIMAC - 2020**

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

EDITH VELASQUE CARBAJAL

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 170-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
2. MARCO TEÓRICO:	6
2.1. Antecedentes del Estudio	6
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Marco Conceptual o referencial	19
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	34
Plan de intervención de enfermería	34
3.1. Justificación:	34
3.2. Objetivos:	34
3.2.1. Objetivo general:	34
3.2.2. Objetivos específicos:	35
• Desarrollar plan de capacitaciones para el personal de salud en tema de lactancia materna.....	35
3.3. Metas:	35
.....	36
3.4. Recursos:	40
3.4.1. Recurso materiales:	40
3.4.2. Recursos humanos	40
3.5. Ejecución:	41
3.6. Evaluación:	41
4. CONCLUSIONES:	43
5. RECOMENDACIONES:	44
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	45

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la lactancia materna tiene impacto positivo en la salud del niño, específicamente en su crecimiento y desarrollo, en su inmunidad, y aspectos psicológicos y sociales, así como también beneficios económicos y ambientales para la madre y la sociedad.

Entendiendo el impacto beneficioso de la lactancia materna es necesario fortalecer e incrementar actividades que promuevan, y garanticen la práctica permanente y continua. Desde mi punto de vista puedo hacer referencia que en los años que vengo laborando en consultorio de crecimiento y desarrollo nos hemos ido descuidando de la promoción de la lactancia materna, pasan los años y cada vez son limitadas las actividades promocionales que se realizan en relación a este tema, es por eso en la actualidad las madres gestantes y aquellas que tienen hijos menores de 3 años que son usuarias del centro salud de Chalhuanca en la provincia de Aymaraes el departamento de Apurímac, no se encuentran muy sensibilizadas y algunas de ellas desconocen sobre los beneficios que brinda la lactancia materna al niño, a la madre y a la sociedad. He ahí mi preocupación por lo que decido realizar el siguiente trabajo de elaborar un plan de intervención en la promoción de la lactancia materna en madres gestantes y madres que tiene hijos menores de 3 años del centro de salud Chalhuanca, Aymaraes 2020.

Finalmente el presente trabajo nos permitirá establecer estrategias de intervención que nos ayude a incrementar las actividades de promoción en relaciona la lactancia materna, de esta manera fortaleciendo los conocimientos y garantizando la practica en nuestro público objetivo que son las madres gestantes y madres que tiene hijos menores de 3 años.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las tasas mundiales de lactancia materna no han aumentado considerablemente en los dos últimos decenios. Las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses en la mayoría de los países son bastante inferiores al 50%, la actual meta de la Asamblea Mundial de la Salud para el 2025. La mayoría de los países ricos y pobres por igual no han avanzado mucho hacia el logro de la meta mundial (1), por lo que la malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como las asociaciones profesionales de expertos del Perú, recomiendan el amamantamiento exclusivo por seis (6) meses, iniciándolo en la primera (1ª) hora del nacimiento y continuado hasta más allá de los dos (2) años con alimentación complementaria apropiada, como la manera óptima de alimentar al lactante y al niño pequeño (3) por lo que entre 1992 y el 2000 los indicadores de lactancia materna mejoraron; sin embargo, posteriormente se observa un estancamiento hasta el 2007 y luego disminuyen, como se observa especialmente en el primer semestre de 2010 a nivel nacional. El (63.2%) de las niñas y niños recibe lactancia materna exclusiva, cifra que se ha reducido en el Perú y en el área urbana desde el 2007, en que la proporción fue de (68.7%) y de 64.5%), respectivamente. (4) también es importante mencionar que en el primer semestre 2019, el 64,0% de las madres

alimentaron a los menores de seis meses de edad con leche materna, práctica mayor en el área rural (78,2%) en comparación con el área urbana (57,4%).(5) así mismo en el primer semestre 2019, la práctica de la lactancia materna fue más frecuente en la Sierra y en la Selva (75,7% y 72,0%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la observada en la región de la Costa, donde el 54,9% de los menores de seis meses de edad son alimentados con la leche materna. Según región natural, la práctica de la lactancia materna, entre los años 2018 y el primer semestre 2019, disminuyó principalmente en la Selva de 76.2% a 72,0% y en la región Costa de 58,3% a 54,9% (5), por otro lado en el año 2011, la región de Ayacucho, (93.1%) de los niños menores de seis meses lacta exclusivamente; en Huancavelica, la cifra es (84.6%); en Loreto, el (79.2%); en Apurímac, alcanza el (74.9%); y en Lima, sólo el (55.2%) de ellos lacta exclusivamente.(6), de acuerdo a los resultados del INEI, año 2019 respecto al porcentaje de menores de seis meses con lactancia materna, según departamento, 2014-2018 en Apurímac en el año 2014 obtuvo 92.2% con un incremento hacia el 2015 de 94.5%, posteriormente para el año 2016 y 2017 hubo un descenso de 88.3% a 80.5%; finalmente en el año 2018 se logró un 82.7% de niños menores de 6 meses con lactancia materna(7). Según datos estadísticos del Hiss Minsa de la Red de salud Aymaraes, el centro salud Chalhuanka durante el 2019 obtuvo una cobertura de 68 % de niños que hasta los 6 meses recibieron lactancia materna. (8)

En el sistema de salud, los proveedores influyen en las decisiones sobre la alimentación y las apoyan en los momentos clave antes y después del nacimiento y, posteriormente, cuando existen retos para el mantenimiento de la lactancia exclusiva y continua. En el personal de todos los niveles de la atención de salud, se detectan deficiencias sustanciales en los conocimientos y las aptitudes requeridos para

brindar apoyo a la lactancia (9), algo similar ocurre dentro de las familias, las prácticas y las experiencias de otras mujeres afectan a la lactancia materna. En muchas sociedades tradicionales, se considera nocivo el calostro y puede ser desechado, mientras que las tomas pre lácteas pueden retrasar el inicio de la lactancia materna por varios días. (9)

También es importante resaltar que el amamantamiento es un arte innato en los seres humanos que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Antiguamente eran las madres, familiares y contactos próximos a las parturientas las que ejercían esta labor, pero a partir de los años 60 la lactancia materna se quedó relegada y actualmente las madres buscan los consejos de los y las profesionales de la salud. (10)

El presente trabajo permitirá plantear actividades de intervención que serán para promocionar la lactancia materna como protección contra la mortalidad y la morbilidad por enfermedades infecciosas se extiende hasta bien entrado el segundo año de vida. Por ejemplo, la lactancia materna impide la mitad de las muertes causadas por infecciones en niños de 6 a 23 meses. La protección contra la otitis media, una enfermedad común de la infancia en todo el mundo, también se extiende hasta los dos años y posiblemente más allá. Los resultados de estudios sobre sobrepeso y obesidad muestran hasta qué punto se asocia una mayor duración de la lactancia materna con un menor riesgo. De la misma manera, los estudios sobre el coeficiente de inteligencia (CI) muestran una clara asociación dosis respuesta con la duración. El cáncer de mama se reduce con la duración de la lactancia materna en las mujeres, con una reducción del 6% por cada 12 meses. (11)

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. Antecedentes del Estudio.

Antecedentes Internacionales.

RUIZ NAVAS, Leonor. 2019. España, Título: “Causas del abandono de la lactancia materna en España”, cuyo objetivo general de nuestro trabajo es poder analizar las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna en nuestro país, en base a las actuales recomendaciones de la OMS y para ello pretendemos conocer la prevalencia y duración de lactancia materna en nuestro país, estableciendo las fechas de destete. Material y métodos: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos y motores de búsquedas. Los artículos, documentos, guías, páginas webs y encuestas están comprendidos entre 2008 y 2019. Se ha incluido un artículo de 2005 por la gran extensión de datos que aporta. Resultados y discusión: son innumerables los factores que intervienen en la decisión de elegir y mantener lactancia natural. La incorporación al mundo laboral tras la baja maternal y la hipogalactia son las dos principales causas de abandono en nuestro país. El tabaco constituye un importantísimo factor de riesgo tanto para su inicio como para su mantenimiento. Otras causas son, problemas asociados a la salud de la madre, del niño y el apoyo desde el sistema sanitario. Conclusiones: las tasas de abandono de la lactancia materna ocurren al primer mes, tercero, cuarto y sobre todo al sexto, relacionadas con los estados de crecimiento del niño y la falta de información de la madre respecto a la hipogalactia, a la incorporación del trabajo y otras. Promocionar y apoyar la lactancia materna reduce las tasas de abandono ya que permite a los profesionales actuar sobre ellas. (12)

RODRÍGUEZ – PÉREZ, José y col. 2017. En Galicia, cuyo Título: “Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo”, donde mencionan los siguientes Fundamentos: La evaluación cuantitativa de las actuaciones para promover la lactancia materna, con material y método estandarizados, es imprescindible para conocer su impacto y permitir la comparación internacional. El objetivo fue conocer la prevalencia de la lactancia materna en un Área Sanitaria de Galicia.

Métodos: Estudio observacional mediante entrevista, siguiendo metodología y cuestionario diseñados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Se preguntó a la madre/cuidador principal del lactante sobre la alimentación recibida por él/ella para calcular los 5 indicadores propuestos (lactancia materna exclusiva en menores de 15 días, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, lactancia materna entre 12 y 15 meses y a los dos años, combinación con otros alimentos a los 6-7 meses). Se seleccionó una muestra aleatoria de 431 lactantes entre 0 y 2 años de los centros participantes, entre 2013 y 2014. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante.

Resultados: Se observó que el 50,00% (IC 95%: 39,3-60,7) de lactantes menores de 15 días recibieron lactancia materna en exclusiva. A los 6 meses, la prevalencia fue del 50,28% (IC 95%: 43,0-57,6). La lactancia materna en lactantes de 12 a 15 meses era del 34,62% (IC 95%: 22,0-49,1). A los dos años era 26,67% (IC 95% 17,1-38,1), con diferencias significativas entre ámbito rural y urbano. Entre 6 y 8 meses la totalidad combinaban lactancia con otros alimentos.

Conclusiones: En nuestro entorno se observa una tasa de inicio y una duración media menor de lo deseable. (13)

ZAMBRANO BENAVIDES, Jennifer Valeria. 2018. Ecuador, Título de la investigación “Intervención y promoción sobre prácticas de lactancia materna exclusiva a puérperas que acuden al centro de salud Montalvo”. Donde menciona lo siguiente Introducción. Durante milenios la leche materna ha sido el recurso más nutritivo y eficaz en la alimentación de los lactantes. Se debe suministrar como único alimento hasta los seis meses de vida del niño o la niña porque contribuye a su desarrollo físico, intelectual y social y favorece el ahorro de recursos económicos a nivel familiar. Objetivo general. Describir las intervenciones y actividades de promoción sobre prácticas de lactancia materna exclusiva a puérperas que acuden al Centro de Salud Montalvo de la provincia Los Ríos en el período comprendido desde octubre 2018 a abril de 2019. Metodología. Investigación cuali-cuantitativo, de campo, exploratorio y descriptivo, aplicada y no experimental, de corte transversal. Se emplearon técnicas de recolección de la información como observación científica no estructurada, directa y encuesta; se aplicó un cuestionario como instrumento. La muestra de 40 puérperas que acudieron al Centro de Salud Montalvo, el muestreo fue no probabilístico intencional. Resultados. Adolescentes (25%), nivel secundario (50%), amas de casa (45%), en unión libre (42,5%), que brindan lactancia materna mixta (80%), con apoyo de la familia (65%), abandonan la lactancia materna exclusiva porque no se llena (32,5%), han recibido información sobre técnicas de amamantamiento en un 77,5%, conocen los beneficios y técnicas de la LME, se identifican y se cumplen las intervenciones de enfermería sobre la práctica de lactancia materna exclusiva en más de la mitad. Conclusiones. Se identificaron las intervenciones, ofrecer educación sobre técnica correcta de amamantar, informar sobre

los beneficios de la lactancia materna exclusiva y sus peculiaridades, ofrecer educación sobre las técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna y de la fórmula adaptada, orientar sobre el vínculo materno filial y ofrecer información de cómo desarrollar un ejercicio práctico de extracción de leche materna. (14)

Antecedentes nacionales:

UGARTE ROJAS, Lorena Charo. 2018. Huánuco, realizo la tesis Titulada: “Percepción de Madres sobre Participación de Enfermería en Promoción de Lactancia Materna Exclusiva del Centro de Salud Potracancha”. Tuvo como objetivo: Determinar la percepción de madres sobre participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva. Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo simple con 137 madres del Centro de Salud Potracancha – Huánuco, 2018. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste. Resultados: En general, 71,5% (98 madres) presentaron percepción favorable sobre la participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva, siendo este resultado significativo estadísticamente. Y, según sus dimensiones predominan las percepciones favorables sobre la participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva en el embarazo ($p \leq 0,000$), participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva en nacimiento ($p \leq 0,000$), participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva en primeros días de vida ($p \leq 0,000$) y participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva desde uno a seis meses ($p \leq 0,000$). Conclusiones:

Existió predominio de percepción favorable sobre la participación de enfermería en promoción de lactancia materna exclusiva. (15)

BOCANEGRA CAMPUSANO, Luzmila Mercedes y col. 2016.

Los Olivos, realizaron el siguiente trabajo de investigación Titulado: “Efectividad de una Intervención Educativa de Enfermería sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Conocimiento de Primigestas Adolescentes que acuden al Centro de Salud Laura Caller”, cuyos resultados fueron La lactancia materna constituye uno de las bases fundamentales de la promoción de la salud. Objetivo: Determinar la efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento de primigestas adolescentes que acuden al Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos A 2016. Metodología: La presente investigación es de tipo Cuantitativo, el nivel del estudio es Aplicativo, según el propósito es de tipo Pre experimental de corte longitudinal. La población y muestra estuvo conformada por 21 primigestas adolescentes que acudían al Centro De Salud Laura Caller, Los Olivos en el mes de septiembre del presente año. La técnica fue la entrevista, y se utilizó un cuestionario de 20 preguntas, que se aplicó antes y después de la intervención. Resultados: En el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las primigestas adolescentes se obtuvo en el pre test, que un 19 % presentaron un nivel de conocimiento alto, mientras que un 33 % presenté un nivel de conocimiento bajo. Luego de la aplicación del post test, el 48 % presento un nivel de conocimiento alto y un 14 % presento un nivel de conocimiento bajo . Conclusión: La intervención educativa de enfermería fue efectiva; porque logré que las primigestas adolescentes que acuden al Centro de Salud Laura Caller incrementen sus conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. (16)

YERÉN CHIRRE, María Isabel. 2016. Callao, Título: "Factores Socioculturales y su Relación con el Tipo de Lactancia en Niños Menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín" donde El presente trabajo trata sobre los factores socioculturales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín, Callao, cuyo objetivo general fue determinar los factores socioculturales que se relacionan con el tipo de lactancia, para lo cual la metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal, carácter descriptivo, no experimental. Se utilizó como técnica "La Encuesta", el instrumento utilizado fue "El Cuestionario". El procesamiento y tabulación de datos se realizó utilizando el programa Excel y el paquete estadístico SPSS V.20, la función estadística que se utilizó fue Chi cuadrado de Pearson y Estadístico Exacto de Fisher. La población estuvo compuesta por 135 madres de las cuales 58 conformaron la muestra. Se obtuvo como resultados que los factores sociales se relacionan un 62.5% y los culturales en 37.5%. Se concluyó que los factores socioculturales se relacionan con el tipo de lactancia, dentro de los factores sociales, los indicadores que se relacionan son el número de hijos, edad del hijo, la edad de la madre, la ocupación, el apoyo familiar, el grado de instrucción y el ingreso económico. Dentro de los factores culturales, el indicador conocimientos evidencia que más de la mitad de las madres tiene conocimientos sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna. Se recomienda que el equipo de salud el primer nivel adopte medidas necesarias, que ayuden a concientizar a todas las madres sobre la importancia de la lactancia materna y las soluciones que existen para seguir amamantando a sus hijos aunque ellas estudien o trabajen y así el beneficio sea para el niño y también para la madre. (17)

MELENDREZ DIAZ, Milagros Katerine. 2019. Huacho, Título: “Factores Sociales Relacionado con el Nivel de Conocimiento sobre la Lactancia Materna Exclusiva en Madres que acuden al Puesto de Salud la Villa – Sayán” cuyo Objetivo: Determinar la relación entre los factores sociales con el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al Puesto de Salud la Villa – Sayán 2018. Material y método: Realizado en el Puesto de Salud la Villa- Sayán. La población estuvo conformada por 83 madres de familia con niños menores de 6 meses seleccionado aleatoriamente para conformar la muestra de 68. Tipo descriptivo, correlacional, no experimental y prospectivo. El instrumento para medir los factores sociales y el nivel de conocimiento, es el cuestionario, el cual fue sometido a la prueba de confiabilidad y validez. Resultados y conclusiones: el 47,1 % de las madres comprenden edades de 17 y 21 años, la mayoría son de procedencia la costa con un grado de instrucción de secundaria, su ocupación son amas de casa y todas las madres solo tiene un hijo menor de 6 meses; el 54.4% tienen un nivel de conocimiento medio. Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la edad, grado de instrucción y ocupación, no existe relación entre el nivel de conocimiento y procedencia y número de hijos menores de seis meses. (18)

APAZA QUISPE, Vilma Graciela. 2018. Arequipa, tesis titulado “Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado”. Cuyo OBJETIVO: Evaluar la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal

de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el HRHDE. METODO: Se trabajó con 252 madres y recién nacidos que estuvieron en el área de alojamiento conjunto. Se utilizó una ficha de recolección de datos dirigido a las puérperas, se evaluó a los neonatos con valoración de su peso al nacer y al momento del alta. Se empleó estadística descriptiva, la relación entre variables se realizó con la prueba de Chi cuadrado. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPIINFO (OMS - OPS). RESULTADOS: El 71.8% de recién nacidos presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. El 89.7% de madres manifestaron que si recibieron información de los beneficios de la lactancia materna, el 82.9 % de las madres tuvieron contacto piel a piel durante una hora. Al 87.7% de las madres se les instruyó en la técnica de lactancia, En el 98 % de los casos se realizó alojamiento conjunto inmediato, Al 94.4% de madres se le dio cita para el control del recién nacido. El 72.2% de las madres sabían dónde recurrir en caso presenten problemas de la lactancia, Al 51.6 % de madres se les oriento sobre la extracción de leche, Solo el 37.7% de madres recibió información sobre el almacenamiento de leche materna. En el grupo de madres a quienes no se les realizo el alojamiento conjunto inmediato, el 60% de sus hijos presentaron pérdida de peso patológica, mientras que el grupo de madres a quienes se les realizo el alojamiento conjunto inmediato el 27.4% presentó perdida patológica de peso. ($p < 0.05$). Las demás prácticas hospitalarias no tuvieron relación estadísticamente significativa con la pérdida de peso patológica del recién nacido. Los controles prenatales inadecuados se relacionó con mayor pérdida de peso patológica del recién nacido al momento del alta ($p < 0.05$). CONCLUSIONES: La mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida

de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. Solo el alojamiento conjunto inmediato se relacionó con menor pérdida de peso patológica. (19)

2.2. Bases teóricas

Teoría de enfermería de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud (MPS)”

El modelo de promoción de la salud fue diseñado por Pender para ser una contraparte complementaria de los modelos de protección de la salud ya existentes.

Define la salud como un estado dinámico positivo en lugar de simplemente la ausencia de enfermedad. La promoción de la salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar del paciente, describiendo la naturaleza multidimensional de las personas mientras interactúan dentro de su entorno para buscar el bienestar. (20) Desarrolla en la teoría 4 metaparadigmas, persona: es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables, enfermería: el bienestar como la especialidad de enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal, salud: estado altamente positivo, entorno: representan las interacciones entre los factores cognitivo-perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.(21)

La modificación de la conducta de los seres humanos sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la

salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. (22).

Enfocando la teoría de Nola Pender en el presente trabajo puedo mencionar que la enfermera es la persona que va a desarrollar un rol muy importante ya que a través de sus conocimientos es la encargada de educar, motivar a las personas de cómo llevar una vida saludable, así mismo respetándola como un ser único, sujeto de derecho y deberes que tiene su propia creencia y cultura, la teoría señala que cada persona tiene características

y experiencias personales únicas que afectan sus acciones posteriores. El conjunto de variables para el conocimiento y el afecto específicos del comportamiento tiene un importante significado motivacional. Las variables pueden modificarse a través de acciones de enfermería. (23) específicamente en la intervención de enfermería en la promoción de lactancia materna en madres gestantes y madres que tienen hijos menores de 3 años del centro salud Chalhuanca, Aymaraes, aquí la enfermera que trabaja en el servicio de área niño tiene que tener el dominio del tema sobre lactancia materna para poder impartir los conocimientos a las madres, al mismo tiempo planificar actividades promocionales de lactancia materna, como consejerías, sesiones educativas, visitas domiciliarias, difusiones radiales, concursos de bebés mamonos, con la finalidad de incorporar nuevos aprendizajes y conductas en las madres, logrando así que, estos comportamientos deberían dar como resultado una mejor salud, una mejor capacidad funcional y una mejor calidad de vida en todas las etapas del desarrollo.(23) para finalizar también se considera en estas actividades de promoción de lactancia materna a los agentes comunitarios en salud, quienes también son capacitados en lactancia materna para así ayudar a las madres de familia y lograr cumplir con el objetivo.

Teoría de enfermería de Ramona Mercer “Adopción del Rol Maternal”

Mercer en su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Define el microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo

social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño. El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno. (24)

Mercer selecciono tanto las variables maternas, como las infantiles, según la revisión que realizo de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener influencia directa o indirecta sobre el rol materno lo que hizo su trabajo aún más complejo. Los factores maternos de Mercer incluyen condiciones como la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el auto concepto, las actitudes etc. Mercer ha analizado estas variables en sus estudios con muchos intervalos, como el periodo posparto después de un mes, cuatro meses, ocho meses y un año. En su estudio no solo incluye madres maduras, sino madres adolescentes, madres enfermas, madres mayores que deben

afrontar problemas congénitos, familias que experimentan el estrés posparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea etc. (24)

La teoría se basa en la práctica. Tanto la teoría como el modelo propuesto son capaces de servir como marco para la valoración, la planificación, la implementación y la evaluación. (25)

Esta teoría tiene relación con el siguiente estudio, porque la mujer al iniciarse en la maternidad, durante la gestación su cuerpo sufre cambios significantes e importantes, posteriormente al nacimiento del niño también ocurren otros cambios para la cual muchas veces las mujeres no se encuentran preparada y toca afrontar esa realidad a base de experiencias de otros familiares, creencias y costumbre, como consecuencia de la falta de conocimientos las madres gestantes muchas veces no tiene los pezones bien formados, y cuando el niño nació no hay producción de calostro si ante esa dificultad no damos una adecuada consejería en lactancia materna en el momento del alta y mucho menos realizamos las visitas domiciliarias, tanto el niño como la madre estarán en desventaja. Para lo cual el personal de enfermería del área de crecimiento y desarrollo tiene que estar capacitado para realizar actividades de promoción sobre lactancia materna.

Las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad. (26) logrando garantizando el binomio madre-niño, generando seguridad y confianza en las madres para el cuidado del niño, así mismo

fortaleciendo su entorno familiar armónico con la participación de la pareja.

2.3. Marco Conceptual o referencial

2.3.1. Promoción de la salud

La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos, fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles. (27)

2.3.2. Promoción de la lactancia materna

La lactancia materna (LM) es la alimentación ideal para los bebés humanos. Sus beneficios para la salud de madres y bebés están científicamente demostrados incluso en las sociedades industrializadas. Además el aumento de la prevalencia y duración de la LM proporciona beneficios para toda la sociedad. Promocionar la LM desde todos los ámbitos asistenciales favorece mejores

resultados en salud y constituye un marco para fomentar un apego saludable y con ello contribuir a la promoción del buen trato a la infancia. (28)

Es necesario mejorar la formación teórica y práctica del personal de salud con programas de formación continuada dirigidos a educar sobre técnicas de lactancia adecuadas, proceso de producción de leche, información sobre el control ponderal de los lactantes alimentados a pecho y apoyo y seguimiento adecuado de la madre lactante. Para una correcta instauración de la lactancia materna y prevención de problemas es necesario que Inmediatamente después del nacimiento es importante promover el contacto precoz y directo piel con piel para establecer el vínculo y favorecer la lactancia. Debe favorecerse la lactancia a demanda, y abandonar rutinas erróneas como la administración de sucedáneos, salvo que exista estricta indicación médica Se realizará una evaluación formal de la LM todos los días que dure la estancia del recién nacido (RN) en el hospital, incluyendo la observación de la postura y del agarre al pecho. (29)

Después del alta, todos los RN amamantados deben ser vistos por un pediatra o por una enfermera experta en los dos o cuatro días siguientes. Esta visita debe comprender: peso, exploración física especialmente dirigida a la búsqueda de ictericia o deshidratación, problemas con el pecho (congestión mamaria grietas); número de micciones y características, número de deposiciones y característica. Las primeras semanas es un periodo crítico en la que aparecen problemas que pueden ocasionar el abandono de la lactancia o la introducción de sucedáneos. Grietas, pezones doloridos, sensación de hipogalactia, síntomas

de ansiedad materna o depresión posparto deben ser detectados y corregidos adecuadamente, mientras se refuerza la confianza de la madre y su familia en la lactancia. El personal de salud debe ser consciente de la importancia de la LM y de que suprimir una lactancia de modo injustificado expone al lactante y a su madre a riesgos para su salud presente y futura, y priva a la sociedad de beneficios de todo tipo, incluso económicos. (29)

2.3.3. DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

1. Disponer de una política institucional a favor de la atención integral a madres, niños y niñas.
2. Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implantar esta política.
3. Capacitar a las embarazadas y a sus familias en todos los aspectos de la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al nacimiento.
5. Enseñar a las madres técnicas y cómo mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna en forma exclusiva, sólo ofrecer otro tipo de alimento cuando esté médicamente indicado.
7. Facilitar y favorecer el alojamiento conjunto.
8. Fomentar lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños biberones ni chupones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo. (30)

2.3.4. Lactancia materna

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el

niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. (31)

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.(31)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el bebé sea alimentado con leche materna de forma exclusiva desde la primera hora de su nacimiento hasta los 6 meses de vida, momento en el que se inicia con la alimentación complementaria con otros líquidos y alimentos densos en micronutrientes adecuados para la edad y culturalmente aceptables, continuando con la lactancia hasta los 24 meses de edad o más tiempo si ambos, la madre y el niño, así lo desean. La sólida evidencia científica disponible documenta los múltiples beneficios en la salud física y emocional de la díada madre e hijo cuando se tienen estas prácticas de alimentación infantil. En la madre la evidencia es clara, ya que la lactancia la protege contra enfermedades de corto y largo plazos como hipertensión, obesidad, diabetes, depresión y cáncer de mama y ovario. Por su parte, en el hijo la lactancia materna potencializa el desarrollo cognoscitivo, reduce el riesgo de morbimortalidad en edades tempranas y refuerza el sistema inmunitario, a la vez que es protectora de desarrollar sobrepeso u obesidad y otras

enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.
(32)

2.3.5. COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y VARIACIONES NORMALES.

La lactancia en el humano tiene diferentes etapas y cada una varía en relación a volumen, duración y composición:
(33)

A. ETAPAS DE LA LECHE HUMANA.

A.1 Calostro: Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta (1040-1060) que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100 ml al día en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene el 87% de agua; 2.9g/100 ml. de grasa; 5.5g/100ml de lactosa y 2.3g/ 100 ml. de proteínas proporcionando 58 Kcal/100 ml. Destaca en el calostro la concentración de IgA y lactoferrina que, junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. La concentración de sodio es de 48mg/100ml, al día. Y su pH de 7.45 favorece el vaciamiento gástrico. (33)

A.2 Leche de transición: Se produce entre el cuarto y el décimo día postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Su volumen es de 400 a 600 ml/día. (33)

A.3 Leche madura: Se produce a partir del décimo día. Con un volumen promedio diario de 700 a 800ml. Sus principales componentes son: (33)

A.3.1 Agua: Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción. (33)

A.3.2 Carbohidratos: 7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Además existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacillus bifidus. (33)

A.3.3 Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Es el componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. Proporciona el 30 a 55% de kilocalorías. El mayor componente son los triglicéridos pero también contiene fosfolípidos y colesterol. Recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos poliinsaturados, el ácido linoléico y el decosahexanóico , con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central(3). (33)

A.3.4 Proteínas: 1g/100 ml., constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Además como parte del Nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos la taurina potente neurotransmisor, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo enteromamario; encontrándose en muy altas concentraciones en el calostro. (33)

A.3.5 Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Dado que su concentración de Vitamina K es baja, a todo recién nacido se le debe aplicar una dosis de prevención por vía intramuscular al nacer. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles, y dependen de la dieta de la madre. (33)

A.3.6 Minerales y elementos traza: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio. (33)

A.3.7 Hierro: La leche humana contiene cantidades pequeñas, en relación al hierro contenido en la leche de vaca, pero la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes (absorción de 48% a partir de la leche humana, 10% en la leche de vaca y sólo el

4% en las fórmulas comerciales). (33)

A.3.8 Zinc: El Zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%). Siendo éste un factor importante, pues es conocido que los lactantes pueden desarrollar manifestaciones de deficiencia de zinc. (33)

A.3.9 Selenio: Tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca. (33)

A.3.10 Flúor: Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/1) que los encontrados en la leche de vaca (0.3 a 0.1 mg/1). Sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana. La administración de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles. En estudios comparativos, el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental. (33)

A.3.11 Calcio/fósforo: La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente). (33)

A.4 Leche de prematuro: Las madres de prematuros producen durante los primeros meses leche con un contenido mayor de sodio, proteínas, grasas, calorías y una concentración menor de lactosa. La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y ocasionalmente de proteína en recién nacidos de menos de 1.5 kg, por lo que estos nutrientes

deben ser suplementados a través de una mezcla para prematuros que combine leche humana y fórmula para favorecer las condiciones de digestibilidad e inmunológicas de la leche humana. (33)

2.3.6. El inicio de la lactancia - El mejor comienzo

Si la madre y el bebé están sanos, independientemente del tipo de parto que hayan tenido, es importante que el recién nacido sea colocado encima de su madre, en estrecho contacto piel con piel y permitirles a ambos mantener dicho contacto, sin interrupciones ni interferencias, al menos hasta que el bebé haya hecho la primera toma de pecho, e idealmente durante todo el tiempo que madre a hijo deseen. El recién nacido tienen unas capacidades innatas, que si le dejamos, pone en marcha al nacimiento. Puesto boca abajo sobre el abdomen de su madre, gracias a sus sentidos (sobre todo el tacto y el olfato) y a sus reflejos, es capaz de llegar por sí sólo al pecho materno. Irá reptando hasta él, lo olerá, lo tocará con las manos y posteriormente con la boca y finalmente, será capaz de agarrarse al pecho espontáneamente, con la boca totalmente abierta, abarcando el pezón y gran parte de la areola. (34)

El contacto piel con piel no sólo es importante para una buena instauración de la lactancia sino que ayuda al recién nacido a adaptarse mejor a la vida extrauterina y a establecer un vínculo afectivo con su madre. Por todo ello, el contacto precoz se debe fomentar en todos los recién nacidos. (34)

2.3.7. Técnica de la lactancia

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada, un agarre no correcto o una combinación de ambos. (34)

B. Un buen agarre

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé. Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebé esté enfrente a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicarán un buen agarre son: que el mentón del bebé toca el pecho, que la boca está bien abierta, el labio inferior está hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas o aplanadas (no hundidas) cuando succiona. Además se tiene que ver más areola por encima de la boca que por debajo. Si el bebé está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo que, en la mayoría de los casos, indica un agarre o una postura incorrecta. (34)

B.1 Posición sentada (o posición de cuna): Se coloca al bebé con el tronco enfrente y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho

hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho. (35)

B.2 Posición acostada: La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días de lactancia. (35)

B.3 Posición crianza biológica: La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho). (37)

B.4 Posición en balón de rugby (o posición invertida): Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros. (35)

B.5 Posición de caballito: El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es

útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé. (35)

2.3.8. Lactancia a demanda

Lactancia a demanda significa ofrecer el pecho siempre que el bebé lo pida, (sin contar el número de tomas) y todo el tiempo que pida (sin fijarnos en la duración de cada toma). No es conveniente retirar al bebé del pecho, sino que es preferible que suelte el pecho espontáneamente. Los bebés quieren mamar cuando hacen movimientos de chupeteo, bostezan, se llevan la mano a la boca o hacen sonidos de llamada. No es necesario esperar a que lloren. Los bebés necesitan agarrarse al pecho no sólo para comer sino también para tranquilizarse. Por otro lado, cada vez que succiona del pecho, las hormonas de la lactancia se ponen en funcionamiento, incluso aunque el niño no esté sacando Leche. Para evitar interferencias no se recomiendan el empleo de chupetes ni tetinas, hasta que la lactancia esté bien instaurada (al menos las primeras 4-6 semanas). Además las tetinas pueden favorecer un mal agarre y la aparición de grietas. Tampoco se recomienda el uso de pezoneras de manera sistemática. Sólo en casos especiales, y prescritas por un profesional experto en lactancia, pueden resultar útiles. Para el bebé puede ser más fácil encontrar el pezón recubierto por la pezonera, pero le será más difícil extraer

la leche, sobre todo la del final de la toma, que contiene más grasa. (36)

2.3.9. Hasta cuándo amamantar

Se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años de vida o más. Está bien demostrado que el lactante no necesita nada más que leche materna hasta los seis meses de edad ya que ésta le aporta todos los nutrientes necesarios y por otro lado, la introducción más temprana de otros alimentos puede causarle problemas. A partir de los 6 meses, y hasta el año de edad, después de la toma al pecho se le pueden ofrecer paulatinamente otros alimentos. De esta forma el bebé los aceptará mejor y aseguraremos que recibe todas las calorías y nutrientes que necesita. Madre e hijo/a deben decidir hasta cuando mantener la lactancia. Dar el pecho más allá de los dos años de edad del lactante, aunque poco frecuente, sigue siendo beneficioso para ambos. Cuando llegue el momento del destete, se realizará de forma progresiva y lenta, para evitar problemas tanto al bebé como a su madre. (36)

2.3.10. CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. En la práctica son muy pocas las situaciones que la contraindican. Entre estas se incluyen niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa. La infección materna por el virus de la

inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 ó 2) ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la LM. Otras situaciones relacionadas con enfermedades maternas o del lactante requieren de una valoración individualizada. A este respecto debemos señalar que la LM no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección. (37)

2.3.11. Visitas domiciliarias:

Los objetivos de la visita familiar, desde el punto de vista del sistema y en función de las necesidades de los usuarios, son: conocer el hogar, el entorno y la situación familiar; detectar necesidades, recursos y redes; evaluar a la familia como unidad de cuidado; mejorar la definición de los problemas de salud y diferenciar los diagnósticos de las personas. (38)

2.3.12. Etapas de la visita domiciliaria

Las etapas de la visita domiciliaria son: programación, planificación, ejecución, evaluación y registro. (38)

2.3.12.1. Programación: a nivel institucional, se deben definir los grupos y el número de visitas; desde el proceso de salud y enfermedad, se debe elegir en

forma estratégica el momento más adecuado para efectuar esta actividad. (38)

2.3.12.2. Planificación: se debe tener muy claro el motivo de la visita y darse el tiempo necesario para recolectar todos los antecedentes. Por lo general la población está identificada, de modo que se debe organizar esa información, fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación. (38)

2.3.12.3. Ejecución: La visita domiciliaria comienza cuando el equipo camina hacia el hogar, momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación. De esta manera se conocerá el marco de protección, cuidado, socialización y satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve esta familia en su proceso de salud o enfermedad. (38)

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Plan de intervención de enfermería

3.1. Justificación:

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y posterior dar inicio con la alimentación complementaria, pero también está demostrado que dar de lactar hasta más allá de los 2 años también es beneficioso para el niño ya que logra un desarrollo óptimo, así mismo brinda beneficios a las madres, a su economía, a la sociedad y al medio ambiente, por lo que el personal de salud debe ser capaz desarrollar actividades orientadas a la promoción de la lactancia materna, mediante sesiones educativas, visitas domiciliarias, difusión radial, marcha de sensibilización y otras actividades que tengan relación, con la finalidad de fortalecer los conocimientos de las madres, cuyo resultado final debe ser lograr el bienestar óptimo.

Por tanto, este trabajo académico se realiza para implementar acciones de intervención de enfermería en la promoción de lactancia materna en madres gestantes y madres que tienen hijos menores de 3 años, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y contribuir con el desarrollo del capital humano y la sociedad.

3.2. Objetivos:

3.2.1. Objetivo general:

Describir la intervención de enfermería en la promoción de lactancia materna en madres gestantes y madres que tienen hijos menores de 3 años del centro salud Chalhuanca, Aymaraes – 2019

3.2.2. Objetivos específicos:

- Desarrollar plan de capacitaciones para el personal de salud en tema de lactancia materna.
- Desarrollar estrategias de promoción sobre lactancia materna dirigido a las madres de familia y comunidad.
- Garantizar visitas domiciliarias a las madres gestantes y puérperas post alta y madres que están dando continuidad a la lactancia materna.

3.3. Metas:

- 65 Personales de salud capacitados en lactancia materna.
- Lograr sensibilizar a las madres y a la comunidad en prácticas adecuadas y fortalecer sus conocimientos en lactancia materna.
- Lograr la visita domiciliaria al 100% de las madres gestantes y puérperas post alta y madres que están dando continuidad a la lactancia materna para fortalecer prácticas adecuadas de lactancia materna.

3.4. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Desarrollar plan de capacitaciones para el personal de salud en temas de lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con la jefe del centro salud Chalhuanca para planificar las capacitaciones en lactancia materna al personal de salud. • Elaboración, planificación, organización y ejecución del plan de capacitación. 	Personal de salud	<p>Actas de reunión</p> <p>Plan de capacitación</p> <p>Registro de asistencia a la capacitación</p>	42 Personales de salud capacitado en temas de lactancia materna	Abril del 2019	Personal de salud capacitado en lactancia materna y personal de enfermería del servicio de área niño.

<p>Elaborar estrategias de promoción sobre lactancia materna dirigido a las madres de familia y comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de coordinación del personal de enfermería del servicio de área niño con el jefe del centro salud Chalhuanca • Elaboración, planificación, organización y ejecución de un plan de actividades. 	<p>Madres de familia que dan de lactar</p>	<p>Acta de reunión</p> <p>Plan de actividades.</p> <p>Relación de participantes</p>	<p>Actividad ejecutada, mediante el cual se logró sensibilizar a las madres de familia y a la población.</p>	<p>Mayo 2019</p>	<p>Personal de enfermería del servicio de área niño.</p>
<p>Marchas de sensibilización para promocionar lactancia materna en la población de Chalhuanca</p>	<p>Madres de familia que dan de lactar, con la participación de autoridades y</p>	<p>Plan de actividades</p> <p>Relación de participantes</p>	<p>Actividad ejecutada</p> <p>Sensibilizar a las madres y a la población de Chalhuanca.</p>	<p>Mayo a diciembre 2019</p>	<p>Personal de enfermería del servicio de área niño.</p>

	personal de salud				
Difusiones radiales a través de spot publicitario en la ciudad de Chalhuanca	Madres de familia y población.	Contrato de la red de salud Aymaraes con la emisora radial de la localidad de Chalhuanca	Madres de familia y población de Chalhuanca sensibilizada en temas de lactancia materna	Abril a diciembre de 2019	Equipo del articulado nutricional – Red de Salud Aymaraes y personal de enfermería del servicio de área niño.
Concurso de bebes mamones celebrando la semana de la lactancia materna.	Madres que tienen hijos en etapa de lactancia.	Lista de madres participantes	Sensibilizar a las madres a continuar con la lactancia materna	Agosto 2019	Personal de enfermería del servicio de área niño.

<p>Garantizar visitas domiciliarias a las madres gestantes y puérperas post alta y madres que están dando continuidad a la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programación de visitas domiciliarias a diario y con hora para cada madre puérpera. Teniendo en cuenta el tiempo de cada visita que es de 60 minutos. • Ejecutar la visita domiciliaria potenciando la autonomía de la madre, para mejorar la calidad de vida del lactante. • Durante la visita domiciliaria dar trato amable con la finalidad de generar confianza en la madre 	<p>Madres gestantes y madres que tienen hijos menores de 3 años.</p>	<p>Historia Clínica Registro de visitas domiciliarias</p>	<p>90% de madres gestantes y madres con hijos menores de 3 años reciben visitas domiciliarias con la finalidad de fortalecer sus conocimientos y mejorar sus prácticas de lactancia materna</p> <p>Madres mejorar practica y garantizan continuidad de la lactancia materna.</p>	<p>Mayo a diciembre de 2019</p>	<p>Personal de enfermería del servicio de área niño.</p>

3.4. Recursos:

3.4.1. Recurso materiales:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
• Equipo multimedia	01
• Equipo de computo	01
• Impresora	01
• papel bond	1 millar
• lapiceros	60
• refrigerios calientes	120
• refrigerios fríos (frugos y galletas)	500
• formatos de visitas domiciliarias	2 millares
• rotafolio de lactancia materna	03
• cartulinas	100
• set de plumones por 4 colores	10
• combustible (gasolina)	50 alones

3.4.2. Recursos humanos

- Licenciadas en enfermería.
- Técnicos en enfermería.
- Equipo multidisciplinario.
- Equipo del programa articulado nutricional – Red de Salud Aymaraes.

3.5. Ejecución:

Durante la ejecución de las actividades del presente plan de intervención se contó con participación del jefe del centro de salud, personal de enfermería, personal técnico en enfermería, así mismo de otros profesionales de la salud que laboran en el centro de salud Chalhuanca. El logro de las metas trazadas estuvo a cargo de los profesionales de enfermería del servicio de área niño y del equipo del programa articulado nutricional, quienes a lo largo de presente año 2019 desarrollaron en coordinación con el equipo de salud cada una de los objetivos. Partiendo de la capacitación al personal de salud en lactancia materna el cual se llevó a cabo en 2 grupos, ya teniendo al personal de salud fortalecido en sus conocimientos también llevamos a cabo actividades de promoción sobre lactancia materna como sesiones educativas, marcha de sensibilización, difusiones radiales, perifoneo local dirigido a las madres que dan de lactar del mismo modo fortaleciendo la participación familiar en su hogar.

Otra actividad que se llevó a cabo es las visitas domiciliarias a las madres gestantes, puérperas post alta y madres que continúan dando lactancia materna a sus hijos, donde se fortaleció sus conocimientos y se mejoró sus prácticas en lactancia materna, generando la confianza y autonomía madre, así mismo involucrando a la pareja y a otros miembros de la familia.

3.6. Evaluación:

El presente plan de intervención tuvo un logro del 90%, ya que en relación a la capacitación del personal de salud en lactancia materna se llegó a 92.8% por que en la capacitaciones que se llevó a cabo, hubo personal de salud

que desaprobó , por otro lado respecto a las actividades para promocionar lactancia materna en cuanto a la marcha de sensibilización se programaron 2 en todo el año las cuales se cumplieron, las sesiones educativas fueron programadas 1 mensual con un total de 8 sesiones educativas se lograron realizar en el año, haciendo un 100%, pese a alguna dificultades que se presentaron como el desalojo del centro de vigilancia comunitaria ya que funcionaba en un ambiente de una institución educativa.

La difusión radial a través de spot estuvo a cargo de la red de salud Aymaraes en coordinación con el centro salud Chalhuanca, esta actividad de promoción radial solo se realizó durante 6 meses ya que hubo dificultad presupuestal, logrando un avance de un 75% y la actividad de perifoneo en la comunidad fue programado 4 en todo el año, logrando el cumplimiento al 100%.

En relación a las visitas domiciliarias se realizó mensualmente desde comienzos del año, por el personal de salud capacitado, que a su vez esta sectorizado logrando un avance de 61.8% según fuente HISS MINSA-Red de Salud Aymaraes. Durante la ejecución de la actividad hubo niños que migraron.

Finalmente pese a algunas dificultades que se presentaron durante este año 2019, el personal de salud tiene el compromiso de seguir realizando estas actividades en beneficio de los niños, familia y comunidad.

4. CONCLUSIONES:

Se logró la capacitación al personal de salud en temas de lactancia materna, fortaleciendo sus conocimientos para mejorar la atención a las madres de familia a través de las consejería y visitas domiciliarias, así mismo las actividades de promoción de lactancia materna pese a algunas dificultades, fortalecieron Autonomía, seguridad y confianza en las madres de familia para continuar con la lactancia materna mejorando sus prácticas y dejando de lado algunas creencias que generaban interrupción de la lactancia materna. Finalmente seguir implementando trabajos de intervención lo cual nos ayuda a mejorar nuestras actividades en beneficio de la familia y comunidad.

5. RECOMENDACIONES:

Capacitación continua al personal de salud con temas actuales sobre lactancia materna, para fortalecer sus conocimientos y mejorar sus habilidades para una mejor intervención en las visitas domiciliarias, así mismo elaborar un plan anual de actividades de promoción en lactancia materna contando con la participación activa de las autoridades principales de la localidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. LA LACTANCIA MATERNA EN EL SIGLO XXI, Traducido del inglés por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (2016).
2. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (año 2003) Documento desarrollado por OMS y UNICEF
3. La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú Agosto 2011 Lima – Perú pág.8
4. La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú Agosto 2011 Lima – Perú pág.10
5. INEI, Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2019, encuesta demográfica y de salud familiar (resultados preliminares al 50 % de la muestra) 2019
6. La Lactancia Materna y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el Perú Agosto 2011Lima – Perú pág. 10
7. INEI, Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2019, encuesta demográfica y de salud familiar (resultados preliminares al 50 % de la muestra) 2019
8. Fuente reporte HISS MINSA Red de Salud Aymaraes
9. LA LACTANCIA MATERNA EN EL SIGLO XXI, Traducido del inglés por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (2016).

10. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud -2010
consejería de la salud la Rioja
11. La Serie 2016 sobre Lactancia Materna está disponible en
versiones inglés y español en las páginas web
<http://www.thelancet.com> y <http://www.incap.int/>
12. Ruiz Navas, Leonor, Causas del abandono de la lactancia materna
en España (2005-2015). Revisión bibliográfica; tesis de grado
<https://uvadoc.uva.es/>
13. Rodríguez-Pérez José y colaboradores, Prevalencia de lactancia
materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia – 2017.
<https://recyt.fecyt.es/>
14. Zambrano Benavides Jennifer Valeria, Intervención y promoción
sobre prácticas de lactancia materna exclusiva a puérperas que
acuden al centro de salud Montalvo. Octubre 2018 – abril 2019
<http://dspace.utb.edu.ec/>
15. Ugarte Rojas, Lorena Charo, Percepción de madres sobre
participación de enfermería en promoción de lactancia materna
exclusiva del centro de salud potracancha – Huánuco 2018. Tesis
de grado. <http://repositorio.unac.edu.pe/>
16. Prado, Mayda Ross; Ruiz Castillo, Anggi Carolina, Efectividad de
una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna
exclusiva en el conocimiento de primigestas adolescentes que
acuden al Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos 2016, tesis de
grado. <http://repositorio.unac.edu.pe/>
17. Yeren Chirre, María Isabel, "Factores socioculturales y su relación
con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el centro de

- salud Jose Boterin - Callao 2016" tesis de grado
<http://repositorio.unac.edu.pe/>
18. MELENDREZ DIAZ, Milagros Katerine, factores sociales relacionado con el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al puesto de salud la villa – Sayán, huacho – 2019 tesis de grado. Repositorio.unjfsc.edu.pe
 19. Apaza Quispe vilma Graciela, "Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2018" Bibliotecas.unsa.edu.pe
 20. Nola Pender: Biografía y Teoría - Liferder www.liferder.com › Medicina
<https://www.liferder.com/nola-pender/>
 21. teoría de la enfermería modelo de promoción de la salud
teoriasenfermeras.blogspot.com › 2013/06 ›
 22. ENEO-UNAM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión- Enfermería Universitaria Artículo de Revisión 16. Vol 8. • Año. 8 • No. 4. [Online].; 2011. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
 23. Nola Pender: Biografía y Teoría - Liferder www.liferder.com › Medicina
<https://www.liferder.com/nola-pender/>
 24. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL (Ramona T. Mercer)
<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/>
 25. Adopción del rol materno-convertirse en madre
<http://teoriasintermedias.blogspot.com/>
 26. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL (Ramona T. Mercer)
<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/>

27. Promoción de la Salud - OPS/OMS | Organización ... www.paho.org
› temas › promocion-salud
28. PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA <http://si.easp.es/>
29. Lactancia materna María José Lozano de la Torre Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría <https://www.aeped.es/>
30. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa María Elena Ortega-Ramírez Neonatóloga adscrita al departamento de Neonatología. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México. Criterio pediátrico Acta Pediatr Mex 2015;36:126-129.
31. OMS | Lactancia materna - World Health Organization www.who.int
› topics › breastfeeding
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
32. Lactancia materna en México primera edición 2016 Teresita González de Cosío Martínez Sonia Hernández Cordero
33. Composición de la Leche Materna www.bvs.hn › RHP › pdf › pdf › Vol18-4-1997-7
34. RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2012 <https://www.aeped.es/>
35. LACTANCIA MATERNA INFORMACION Y RECOMENDACIONES <http://lactanciamaterna.aeped.es/>

36. RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2012 <https://www.aeped.es/>
37. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría <https://www.aeped.es/>
38. Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar <https://www.medwave.c>

ANEXOS

ANEXO 1: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD EN TEMAS DE LACTANCIA MATERNA

IMAGEN N° 1:



IMAGEN N° 2:



IMAGEN N° 3:

ACTA DE CAPACITACION PARA EL
FORTALECIMIENTO EN CAPACIDADES PARA LA
PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA
MATERNA PARA LA CERTIFICACION COMO ESTABLE
CIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA
Y EL NIÑO.

Siendo el día 15 de Abril del año 2019 a las
8:30 am reunidos en el Salon numero uno del
Hospital de Chalhuanca a convocatoria del Director
del hospital Lic. Richard Ruizet quien participo
el 100% de personal que labora en dicho
centro con la finalidad de ejecutar el plan
de capacitacion para el Fortalecimiento en capaci-
dades para la promocion y proteccion de la lactancia
materna para la certificacion como Establecimiento
de Salud amigo de la madre, la niña y el niño.
Se da por inaugurado dicho evento por el
Director de la Red de Salud Oymaráes, Lic. CDF
Héctor Palermo (titular) y el Grupo técnico de la
Red Oymaráes: Equipo técnico continuo.
Inicio con el PPOPI al 100% de personal
asistente, seguidamente se realiza la NISA/UB
recordando todos los procesos de promocion del
Recien nacido y antes de los 28 días de vida del

visitas en grupo por la profesora asesora de la
Así mismo se debe garantizar la consecución de los
para regular y mantener en el Hogar dicha lactancia
debe conseguir antes de las 2 horas, la 2da
consecución será antes del resto del día y la primera
los profesionales que atiendan al recién nacido
deben de garantizar el contacto piel con piel durante
60 minutos ininterrumpidamente, a duras penas de la lactancia
materna desde antes de la primera hora, así mismo
se realizará de manera gratuita los 10 pasos para
una lactancia materna exitosa, seguidamente se
realiza el D.A.M. nº 201-2014/DGSP ministerio
de donde precisa la consecución de CE. El padre
de la madre, la niña / el niño, por lo cual se
gratifica en los 10 pasos para una lactancia materna
éxito, cumplir de las disposiciones relacionadas a la obtención
y adquisición de sucedáneos, contar con un lactante institucional,
cuando se garantiza que se debe de conformar el
Comité Técnico Institucional para la promoción y atención
de la LM de nivel local «Comité de Lactancia Materna»
lo cual será referenciado institucionalmente, así mismo
se conforma el «EQUIPO DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL»
también referenciado institucionalmente, se realiza los anexos
SA, 6A, 6B, 6C, 6D, 6E, 6F, 6G, luego se realiza
trabajos grupales Responsables de grupos conformados grupos
de apoyo para promoción y protección de la lactancia materna
seguidamente se realiza el taller en donde se
aplican los fichas de encuestas respondidas a una encuesta


 Dr. Henry Y. Yucra Inca
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 78638

 427101-6

 74443363

 40379310


 19-04-63

 Pashua
 143245541

 31342021

 C.M.P. 10958


 46658268

 Ricardo Mankayagua
 DR. PSICOPATA
 CONDUCTOR

 11-0-2020

 C.M.P. 10958
 45-043230


 15136291

 31361227

 31340324

 Mankayagua

 Juan Carlos Gobeia H.
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 72001

 2525627




 46825637

 41407515



 10799640

 40181092



 31342243

 31340986

 7676

 08663281

Handwritten notes on lined paper, including names, numbers, and stamps.

Stamps:
1. Mexico, Toluca, Mexico, CARRILLO, CNR 1838
2. CONDUCTOR, No. 21341918
3. ESTACION, 21341918
4. ESTACION, 21341918

Handwritten Text:
- CARRILLO 67255, MORALES @ J. Torres, Toluca
- J. Torres, 10342291, JORGE SANDOVAL AGUILAR
- Pineda, 41340827
- [Signature], 10342291
- [Signature], 41340827
- [Signature], 21340827
- [Signature], 21340827
- [Signature], 41340827
- [Signature], 31361227
- [Signature], 43116626
- [Signature], 4447525
- [Signature], 44525687
- [Signature], 10209640
- [Signature], 51392283
- [Signature], 40181042
- [Signature], 40257678
- [Signature], 31340956
- [Signature], 41342840
- [Signature], 41342840

IMAGEN N° 4:

RELACION DE PARTICIPANTES Y CONDICION PARA ELABORACION DE CERTIFICADOS				
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	NOTA FINAL	CONDICION
1	MARY CIRILA ACOSTUPA SEGOVIA	TECNICA EN ENFERMERIA	16.2	APROBADO
2	YANET SOLEDAD PAREJA ANAMARIA	PERSONAL DE SERVICIO	18.5	APROBADO
3	ANTONIA CARBAJAL PEREZ	TECNICA EN ENFERMERIA	16.5	APROBADO
4	ELSA LOPEZ LOPEZ	REGISTRADORA ORA	17.5	APROBADO
5	JUAN CARLOS GOBEA HUARAND	MEDICO CIRUJANO	18	APROBADO
6	ROSAURA MENDOZA VALENZUELA	LICENCIADA EN ENFERMERIA	19	APROBADO
7	CARMEN ROSA DIAZ AYMARA	MEDICO CIRUJANO	18.5	APROBADO
8	ROGER HUAYHUA GIBAJA	CIRUJANO DENTISTA	19	APROBADO
9	ROSA CELESTINA CONTRERAS JUAREZ	TECNICA EN ENFERMERIA	16.5	APROBADO
10	WILFREDO FLORES HUAMANI	TECNICO EN ENFERMERIA	19	APROBADO
11	LUDUVINA CCOPA ENCISO	TECNICA EN ENFERMERIA	16.8	APROBADO
12	DEYSY PEREZ ROMAN	TECNICA EN FARMACIA	16.6	APROBADO
13	CANCIO ROMAN PERALTA	TECNICO EN FARMACIA	18.1	APROBADO
14	CARMEN ROSA CHICLLA MARQUEZ	LICENCIADA EN ENFERMERIA	15	APROBADO
15	KATIUSKA ROSA GARAY VEGA	TECNICA EN ENFERMERIA	19.5	APROBADO
16	MARIA VICTORIA ATAUJE PUMALLIHUA	TECNICA EN LABORATORIO	17.5	APROBADO
17	MARILUZ PAREJA ANAMARIA	TECNICA EN ENFERMERIA	19.5	APROBADO
18	MIRIAM ANETH CALLE QUISPE	LICENCIADA EN ENFERMERIA	20	APROBADO
19	PETRONILA ROCIO VASQUEZ CONTRERAS	TECNICA EN ENFERMERIA	19.5	APROBADO
20	FLOR VANESSA MOSCOSO SULLCAHUAMAN	MEDICO CIRUJANO	18.5	APROBADO
21	GLORIA MAMANI CORDERO	TECNICA EN ENFERMERIA	19.5	APROBADO
22	SANTIAGO HUARHUA TELLO	TECNICO EN ENFERMERIA	15.5	APROBADO
23	NANCY TORRES ESCALANTE	LICENCIADA EN ENFERMERIA	17.5	APROBADO
24	HENRY YURI YUCRA INCA	MEDICO CIRUJANO	18	APROBADO
25	CELIA LUZ QUINTEROS PIMENTEL	OBSTETRA	19.5	APROBADO
26	NANCY ANDIA ALARCON	OBSTETRA	19.5	APROBADO
27	JUAN RAFAEL CASANCA VELASQUE	LICENCIADO EN ENFERMERIA	20	APROBADO
28	FLAVIO CAMARGO ACHULLI	TECNICO EN ENFERMERIA	17	APROBADO
29	JOSELYN LISBETH JARA HUAYHUA	TECNOLOGO MEDICO	14.5	APROBADO
30	ALDO QUISPE MALDONADO	CIRUJANO DENTISTA	19.3	APROBADO
31	JAPHET STALYN PEREZ AGUILAR	OBSTETRA	17	APROBADO
32	LOURDES CONDORI LARICO	OBSTETRA	17	APROBADO
33	SULPICIO VELASQUE RAMIREZ	INSPECTOR SANITARIO	15.3	APROBADO
34	DORIS CONCHA AYQUIPA	LICENCIADA EN ENFERMERIA	19.5	APROBADO
35	EDITH VELASQUE CARBAJAL	LICENCIADA EN ENFERMERIA	20	APROBADO
36	EDITH HUARIPOMA HUAYLLANI	BIOLOGA	18.5	APROBADO
37	MODESTO AVENDAÑO BARRIENTOS	TECNICO EN ENFERMERIA	17	APROBADO
38	KLIBER OSWALDO SORIA TELLO	MEDICO CIRUJANO	20	APROBADO
39	MYRIAN ANGELICA AYQUIPA GRANDA	QUIMICO FARMACEUTICO	18.5	APROBADO
40	RICARDO MONDRAGON PERALES	CONDUCTOR	8.9	DESAPROBADO
41	FROILAN SALAZAR CARDENAS	VIGILANTE	7.2	DESAPROBADO
42	IGANACIA SANTUSA TELLO RUIZ	PERSONAL DE SERVICIO	11	DESAPROBADO

**MARCHA DE SENSIBILIZACIÓN EN LA CIUDAD DE CHALHUANCA -
LACTANCIA MATERNA**

IMAGEN N° 5:



IMAGEN N° 6:



SESIONES EDUCATIVAS DE LACTANCIA MATERNA

IMAGEN N° 7:



IMAGEN N° 8:



IMAGEN N° 9:



VISITA DOMICILIARIA

IMAGEN N° 10:



