

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS QUE RECIBEN  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL CENTRO DE SALUD  
DE BUENA VISTA CUSCO 2015 - 2017**

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

**JUANA DE ARCO PONCE DE LEÓN PAGUADA** *Juana de Arco Ponce de León Paguada*

**Callao, 2018**  
**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA      PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA      SECRETARIA
- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS      VOCAL

### ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 298

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1241-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	19
2.3 Definición de Términos	43
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	45
3.1 Recolección de Datos	45
3.2 Experiencia Profesional	45
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	49
<b>IV. RESULTADOS</b>	52
<b>V. CONCLUSIONES</b>	58
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	59
<b>VII. REFERENCIALES</b>	60
<b>ANEXOS</b>	64

## INTRODUCCIÓN

La investigación tuvo como propósito determinar cuál Intervención de Enfermería en niños que reciben Lactancia Materna Exclusiva en el Centro de Salud de Buena Vista-Cusco, 2017. La metodología de la presente investigación, tiene un enfoque cuantitativo, porque la variable es medible, es de tipo descriptivo correlacional, con una población muestra de 60 madres de familia que tienen hijos menores de seis meses que este en periodo de lactancia, el recojo de datos fue mediante el uso de la técnica de la encuesta y se hizo un cuestionario sobre conocimientos de lactancia materna y el análisis de datos se realizó mediante cuadros estadísticos y gráficos elaborados en el programa Excel y luego fueron interpretados.

En ese sentido en el presente informe busca recoger la experiencia profesional que ha desarrollado sobre la lactancia materna, obteniéndose como resultados que la intervención de la enfermera contribuye al conocimiento sobre lactancia materna de las madres de niños menores de 6 meses en el Centro de Salud de Buena Vista, esto se asume de los resultados hallados para el Manejo de Técnicas de amamantamiento, en el año 2016, 7 el manejo de adecuado de las técnicas de amamantamiento y 22 no tienen manejo adecuado y en el año 2017, 23 tienen manejo adecuado de las técnicas de amamantamiento y 6 no tienen manejo adecuado. De los resultados obtenidos se asume que las madres mejoraron sus técnicas de amamantamiento en base a la consejería recibida por el personal de salud.

# I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción de la situación problemática

El tema de lactancia materna es tan antiguo como el origen de la especie humana, constituye uno de los pilares que permiten el adecuado desarrollo del niño y satisface todas las necesidades nutricionales y emocionales del lactante, a lo largo del tiempo la lactancia materna ha demostrado su eficacia como el alimento ideal para el niño. La lactancia materna es un período irrepetible en la alimentación del niño que proporciona una fuente de nutrientes completos desde los primeros meses de vida para el normal crecimiento y desarrollo del niño incluyendo el aspecto psicoafectivo.

La Lactancia Materna, es el mejor medio para proporcionar al niño las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional y amor, así mismo ofrece beneficios sobre la salud de la madre y ayuda a establecer un vínculo afectivo entre ella y su hijo.

La Organización Mundial de la Salud (2014) menciona que lactar al niño en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar el amamantamiento combinado con otros alimentos hasta los dos años de vida. Las prácticas correctas de alimentación del lactante y del niño pequeño se sitúan entre las intervenciones con más efectividad para mejorar la salud de la niñez. Lactancia materna significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o leche extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni agua, con excepción de solución rehidratante oral, gotas,

jarabes de suplementos vitamínicos y vacunas administradas por vía oral.

Siguiendo a la Organización Mundial de Salud, indica que la lactancia materna ha sido tomada en cuenta como una práctica beneficiosa para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil asociados a la ineficiente práctica correcta de la lactancia materna así como la inclusión precoz de alimentos complementarios. La lactancia materna es la intervención preventiva más efectiva que existe para evitar muertes de niños menores de 5 años.

Las investigaciones muestran que alrededor de un 20% de las muertes neonatales podrían ser prevenidas si todos los recién nacidos empezaran a recibir leche materna durante su primera hora de vida con la técnica correcta. Esta problemática ha ido incrementándose ya que solo se habla de la lactancia materna en teoría, mas no de implementación de programas de orientación y capacitación a las madres lactantes que en su mayoría son madres jóvenes que no tienen experiencia.

En América Latina y el Caribe es la región menos equitativa del mundo, lo que favorece que cada año más de 200 000 niños mueran antes de los 5 años de edad debido a la malnutrición y enfermedades prevalentes de la infancia. La malnutrición crónica no solo afecta al crecimiento sino también al desarrollo intelectual del niño con serias consecuencias en la edad adulta por tanto se necesita intervenciones integradas en los 2 primeros años de vida como es la lactancia materna óptima y la incorporación de alimentos complementarios. Aunque la lactancia materna ha aumentado en muchos países de América, todavía queda mucho por hacer para optimizar las prácticas de lactancia materna.

En el Perú, durante la última década según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2013) en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar menciona que la lactancia materna durante la primera hora de nacido del niño ha ido fluctuando entre 44% y 56% en más de una década, entre 1996-2013; siendo preocupante esta relación estática, porque si se relaciona con el aumento progresivo de las cesáreas (actualmente a 26.5%), es así que las posibilidades de ejercer la lactancia materna desde la primera hora de nacido del niño se ven afectadas lo cual es una amenaza para de ejercer el amamantamiento de una forma adecuada y placentera para el niño y la madre. Así la lactancia materna exclusiva según el nivel educativo de la madre: aumenta en las mujeres sin nivel educativo o que tienen solo primaria con un 86%, descendiendo en las mujeres con educación secundaria con 77.1% y, en las mujeres con educación superior con 54.8%.

En la actualidad en diversos lugares del mundo los niños vienen siendo alimentados con diversas sustancias, dejando de lado la alimentación del pecho de la madre, lo cual genera que se incremente el riesgo de enfermedades en los menores de edad, son muchas las madres lactantes que dan poca importancia a la lactancia materna como parte fundamental de la alimentación y nutrición del niño que como consecuencia a ello se da desnutrición del infante.

A nivel local las madres que acuden al Centro de Salud de Buena Vista al respecto del tema manifiestan tener algunos conocimientos sobre lactancia materna, pero desconocen las técnicas de amamantar, la importancia y ventajas de la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del bebé, lo cual obstaculiza el éxito de la lactancia materna, esto se explicaría por diversas razones como algunos mitos sobre lactancia materna: "No tengo suficiente leche",

"dar el pecho duele mucho" ó "debo lavar mis senos cada vez que amamanto al bebé"; muchas madres creen que el uso de los sustitutos de la leche es la mejor alimentación para sus hijos debido a un inadecuado conocimiento sobre la importancia de la lactancia; todo lo anterior ha propiciado que en los últimos tiempos exista un abandono cada vez más temprano de la lactancia materna, con una disminución significativa de los índices de la lactancia.

Tampoco conocen las técnicas de lactancia materna por lo que la madre posiciona al niño incorrectamente y la succión también es inadecuada. Respecto a la higiene de los pezones, las madres no lo realizan o sólo se enjuagan con la misma leche antes de lactar, a su vez se observó que limpian el pezón con la ropa que está en contacto con su cuerpo o con su mano, que generalmente se encuentra contaminada y le dan inmediatamente su mama al niño lo que puede provocar infecciones gastrointestinales.

Estas situaciones generan la necesidad de conocer cuánto es el nivel de conocimientos que tienen sobre el tema, para así en próximas investigaciones se propongan acciones para mejorar las conductas de las madres referente a la lactancia materna.

## **1.2 Objetivo**

Describir la intervención de la enfermera en la lactancia materna de las madres de niños menores de 6 meses en el Centro de Salud de Buena Vista, Cusco, 2016-2017.

### 1.3 Justificación

El presente informe se realizó en el Centro de Salud de Buena Vista, ubicado en el distrito del mismo de Cusco, departamento y provincia del Cusco; el trabajo es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, el objetivo La presente investigación tiene sustento teórico debido a que la lactancia materna es la alimentación natural del niño con leche de la madre, al respecto la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2014) señalan asimismo que es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños y recomiendan como imprescindible la lactancia materna durante los seis primeros meses del recién nacido.

Tiene valor social, debido a que las madres de la zona de Buena Vista desconocen sobre la importancia de la lactancia materna y no le brinda su alimento en horas adecuadas, prefieren darle infusiones a sus hijos, desnutriéndose, asimismo desconocen el valor nutritivo de la leche materna, no saben que es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo. El presente estudio contribuyó al fomento a reforzar el conocimiento sobre la lactancia materna.

También es relevante, porque las madres conocerán como funciona su cuerpo en la etapa de lactancia, como es la lactancia materna y los componentes, las técnicas, cuidados y beneficios que tiene la leche materna, debido a que es preocupante la disminución de la lactancia materna y su reemplazo por fórmulas de leche artificial, cabe resaltar que casi la mitad de los niños que nacen anualmente en el país, no acceden a la lactancia materna en la primera hora de vida, algo considerado fundamental para su salud y desarrollo, ya que la lactancia materna exclusiva constituye uno de los pilares que permiten

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Entre los antecedentes de estudio, se asumen estudios a nivel internacional, nacional y local luego de revisión de los mismos se tienen los siguientes:

#### **A nivel internacional**

Entre los que se menciona los siguientes:

Bellido, L. y Bellido, J. (2014) en la tesis **Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre la lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014**, este estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal. La población estudiada la constituyeron 50 madres puérperas atendidas en el servicio de maternidad del C.S. Piedra Liza. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que contiene preguntas cerradas y semi estructuradas para medir conocimientos y creencias; y una escala Likert de 15 afirmaciones para medir la variable actitud materna. Cuyas conclusiones fueron:

El conocimiento que prevalece en la población de estudio, es el conocimiento medio referido a beneficios, técnicas y cuidados generales de lactancia materna exclusiva. Se caracterizó por estar constituida mayoritariamente por madres adultas, casadas, que habían cursado secundaria, amas de casa y tenían un hijo.

El grupo de madres comprendidas entre las edades 18 a 25 años presentan conocimientos entre medio y bajo. El grupo de estudio que prevalece son las casadas con un conocimiento medio. Según el

grado de instrucción tanto el conocimiento medio como el conocimiento alto están en la población de madres que tienen nivel secundario y según paridad las que tienen conocimiento medio están entre las madres que tienen 1 y 2 hijos.

La actitud que prevalece en la población de estudio, es la actitud favorable frente a la lactancia materna exclusiva. El grupo de madres comprendidas entre las edades 18 a 25 años, las casadas, las que cursaron secundaria, las amas de casa y las madres que tienen entre 1 y 2 hijos, presentan mayoritariamente una actitud favorable. Existen creencias muy arraigadas en la mente de las personas aun cuando su veracidad queda muy comprometida cuando se contrastan con estudios científicos, el tema de la lactancia materna no escapa a esta situación, es así como las madres participantes en el estudio señalaron creencias desfavorables para la lactancia materna como verdaderas, destacando "que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos", y "que una madre debe tomar leche para producir leche".

Guerrero, J.L. y Vera, J.E. (2013) en la tesis **Nivel de Conocimiento sobre la lactancia materna en madres adolescentes** en el estudio se utilizó el método descriptivo prospectivo, para determinar el nivel de conocimiento, actitud y técnicas sobre lactancia materna, se aplicó para ello un cuestionario de 26 preguntas, con una muestra de 100 madres adolescentes. Y, cuyas conclusiones fueron:

Del análisis de la posible relación entre la edad de las madres adolescentes y el nivel de conocimiento, el 46.1% de las mujeres embarazadas que tienen 19 años no tienen conocimiento acerca del proceso de lactancia materna al igual que el 88.8% de las mujeres que tienen 14 años, con un nivel de significancia bueno ( $p < 0.05$ ), lo

que permite inferir en que a mayor edad el nivel de conocimiento es mejor.

Del análisis de la relación entre la paridad y conocimiento, se observa que las variables son dependientes, significancia muy bueno ( $p < 0.001$ ); lo que permite asegurar que mientras más experimentada es la madre, más conocimiento tendrá acerca de la lactancia materna.

Rodriguez, L. ( 2014) en la tesis **Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz** realizado en México, haciendo uso de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, mediante la aplicación de encuestas de 20 ítems sobre lactancia materna a 130 mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de Córdoba Veracruz, cuyo parto vaginal o abdominal haya sido atendido en el Hospital General de Zona número 8, durante el mes estadístico de julio del 2012 y que se encuentren en periodo de lactancia materna exclusiva, con posterior seguimiento médico en las Unidades de Medicina Familiar número 61 y 64, usando el programa SPSS para los datos estadísticos. Cuyas conclusiones fueron:

Podemos concluir en este estudio que hay factores que se asocian al abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres derechohabientes de Córdoba Veracruz, en otras fuentes se encontraron algunos resultados útiles entre los que se halla la asociación de: La edad materna, vía de nacimiento, control prenatal, tipo de familia, escolaridad y nivel socioeconómico.

El principal factor que encontramos en el estudio que se realizó, es el bajo de conocimiento sobre lactancia de madres, que repercute importantemente en su decisión de abandonar la lactancia una vez

que nacen sus productos. Esto es un área de oportunidad para aplicar estrategias en primer y segundo nivel de atención en salud es donde se debe hacer énfasis en la educación de la paciente, mismo factor que se ha citado en diversos artículos, siendo este el que se relaciona estrechamente con la calidad y duración de la lactancia; nuestra intención ha sido encontrar cuál es el factor principal que contribuye a un abandono precoz de la lactancia y un bajo grado de conocimiento lo cual va de la mano con otro factor de relevancia del estudio que es ser madre no capacitada por el personal de salud que va de la mano con el factor anterior, fueron los más factores más relevantes en nuestro estudio, al respecto se considera la implementación de técnicas didácticas diferentes para mejorar la capacitación de las pacientes con talleres asistenciales principalmente en las áreas de primer contacto con el paciente.

Pahura,A. ( 2013) titulado **Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial**, el método utilizado es la encuesta integrada por 16 preguntas de carácter cuali-cuantitativo, a un total de 30 madres adolescentes, de 14 a 19 años, sobre las ventajas de brindar a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a lactancia artificial, durante los primeros seis meses de vida, el instrumento aplicado fue durante 3 semanas, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, para evitar sesgos de selección de días sobre la población recepcionada. Arribando a las siguientes conclusiones:

Se concluye que las madres adolescentes que alimentan exclusivamente con lactancia materna a sus hijos, fueron quienes tuvieron un embarazo deseado, y aquellas que recibieron información sobre los beneficios de brindar lactancia materna exclusiva.

La presente investigación reveló que más de la mitad de las madres (73.3%) no habían recibido orientación de tipo informativa y por lo tanto no tenían conocimientos necesarios sobre lactancia materna, que debería transmitirles el personal de salud.

De acuerdo al conocimiento de las madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la artificial, en menores de seis meses, este estudio demostró que existe un mayor conocimiento en cuanto a las ventajas psicoafectivas, inmunológicas e higiénicas. El mayor desconocimiento se registró en lo referente a las ventajas nutricionales.

El rol protagónico que juega la adolescente en todo este proceso debe estar acompañado de las mejores condiciones posibles, con el estímulo, apoyo y respaldo permanentes de su entorno personal, familiar y social, así como del personal de salud.

### **A nivel nacional**

Romero, M.E. y Zaravia, K.L. (2015) en la tesis **Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima**, realizado en el Perú, haciendo uso de un diseño no experimental de corte transversal – descriptivo, en los consultorios externos de CRED y Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de junio - agosto del 2015, participaron 81 madres adolescentes entre 12 a 17 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, y el instrumento a través de un cuestionario validado por juicio de expertos. Llegando a las siguientes conclusiones:

El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes es regular con un 58% (n=47).

Las características sociodemográficas de las madres adolescentes incluidas en el estudio fueron: la edad promedio de  $15.67 \pm 1.14$  años, con respecto al estado civil el 53.1% (n=43) son convivientes, en cuanto al grado de instrucción el 69.1% (n=56), tenían secundaria incompleta, el 61.7% (n=50) eran de procedencia de la costa, y con respecto a la ocupación el 61.7% (n=50) se dedicaban a su casa.

El nivel de conocimiento respecto a la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes es regular con un 51.9% (n=42). En cuanto al nivel de conocimiento respecto los beneficios de la lactancia materna exclusiva es malo con un 46.9% (n=38).

Y, el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes es regular con un 60.5 (n=49).

Condori, V.V. (2015) en la investigación **Nivel de Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las gestantes del noveno mes en el establecimiento de salud metropolitano I-3 Puno** realizado en el Perú, el tipo de investigación fue descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 26 gestantes del noveno mes que acuden a control prenatal; y la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado un cuestionario. Cuyas conclusiones son:

Referente a los conocimientos de las gestantes del noveno mes sobre Lactancia Materna Exclusiva luego de la aplicación del instrumento se obtuvo que la mayoría de las gestantes tienen un buen conocimiento, seguido de un conocimiento regular.

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna la mayor parte de la población encuestada tiene un conocimiento bueno. Respecto al nivel de conocimiento sobre la leche materna es bueno excepto en la definición del calostro, leche de transición, y leche madura donde se encuentra en la categoría de regular.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva es buena. Y, referente al conocimiento sobre el amamantamiento se obtuvo que la mayoría de las gestantes del noveno mes tienen un conocimiento regular en aspectos de frecuencia, duración y técnicas de amamantamiento (posición, succión y agarre).

Garcia, L.A. (2015) titulado **Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva, del Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015** realizado en Lima-Perú, se recogió información mediante un estudio descriptivo, en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Independencia en el mes de enero 2015, con una muestra de 60 madres que firmaron el consentimiento informado. La técnica e instrumento utilizado para la recolección de datos fue la entrevista y se aplicó un cuestionario, que constó de 2 partes: I datos sociodemográficos y II comprendió 25 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva. Llegando a las siguientes conclusiones:

En relación a los conocimientos generales acerca de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de seis meses se concluye que sólo el 6.7% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto, el 41.7% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje es decir el 51.7% presenta nivel de conocimiento medio.

En relación a la dimensión Definición se concluye que sólo el 25.0% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto, el 13.3% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje es decir el 61.7% presenta nivel de conocimiento medio.

En relación a la dimensión Beneficios se concluye que sólo el 1.7% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto, el 41.7% presenta nivel de conocimiento medio y el mayor porcentaje es decir el 56.7% presenta nivel de conocimiento bajo.

En relación a la dimensión Técnica de amamantamiento se concluye que sólo el 3.3% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto, el 45.0% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje es decir el 51.7% presenta nivel de conocimiento medio.

En relación a la dimensión Extracción manual se concluye que sólo el 30.0% de las encuestadas presentan nivel de conocimiento alto, el 10.0% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje es decir el 60.7% presenta nivel de conocimiento medio.

Rafael, L.M. (2013) en el estudio **Nivel de conocimiento práctica y actitudes sobre Lactancia Materna Exclusiva y su relación con los episodios de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses de vida que asisten al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari-Amarilis, 2013** en Huánuco-Perú, usando un estudio descriptivo relacional en 238 madres y niños menores de 6 meses; empleándose una guía de entrevista sociodemográfica, tres cuestionarios: de conocimientos, actitudes y prácticas; y una ficha de análisis documental en la recolección de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Pearson. Cuyas conclusiones son:

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas en los niños menores de seis meses en estudio ( $X^2 = 9,28$  y  $p = 0,002$ ).

Existe relación significativa entre la práctica de lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas en los niños menores de seis meses en estudio ( $X^2 = 5,28$  y  $p = 0,022$ ).

Y, por último, existe relación significativa entre las actitudes hacia la lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas en los niños menores de seis meses considerados en el presente estudio de investigación ( $X^2 = 5,66$  y  $p = 0,017$ ).

Roca, S.M. y Suarez, C. (2015) titulada **Nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas, hospital II-ESSALUD, setiembre-noviembre, 2015**, realizado en Huancayo-Perú, cuya investigación es aplicada, con nivel cuantitativo, haciendo uso del método descriptivo, transversal, prospectivo, con una población considerado de pacientes puérperas primíparas del Hospital II-ESSALUD durante los meses de setiembre-noviembre, 2015, con una muestra de 67 pacientes del mismo lugar. Concluyendo lo siguiente:

Del 100.0% (70) puérperas en estudio, el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento.

Del 100.0% (70) de puérperas en estudio, el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva.

El 45,7% (32) de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento regular y hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva. Regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas y convivientes en ambos casos, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales y 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna.

Y, los factores como la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, número de controles prenatales no tienen asociación estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) con el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva.

### **A nivel local**

Entre los revisados se tiene el siguiente:

Espinoza, V., Sancas, D.M. (2012) en la tesis **El Nivel de Conocimiento en las prácticas de Lactancia Materna Exclusiva en Madres de Niños Menores de 6 meses en la Estrategia de Salud del Niño ClassTtio Cusco - Noviembre 2012**, cuyo objetivo fue determinar la influencia del nivel de conocimiento en las prácticas de Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses en la Estrategia de Salud del Niño CLASS Ttio Noviembre 2011, Haciendo uso de la metodología descriptiva, cuyas conclusiones fueron:

Entre los resultados hallados se sabe que la mayoría de las madres fluctúan entre los 26 a 35 años, tienen grado de instrucción secundaria completa, con 2 a 4 hijos, y son amas de casa. Del 100%

de las madres de estudio, 43% tienen nivel de conocimiento Alto. El 22% de las madres cuyas edades fluctúan entre 26 a 35 años; 18% con grado de instrucción superior incompleta; 22% con 2 a 4 hijos y 20% amas de casa, tienen nivel de conocimiento alto.

El 68% de las madres tienen prácticas adecuadas. El 40% de 26 a 35 años; 25% con grado de instrucción superior, 35% con 2 a 4 hijos y 30% amas de casa, practican adecuadamente la lactancia materna exclusiva. El 36% con nivel de conocimiento alto practican adecuadamente Lactancia Materna Exclusiva.

El estadígrafo utilizado para el análisis de datos fue Chi- Cuadrado, siendo el nivel de significancia de  $p < 0.038$ . Conclusión: El nivel de conocimiento influye significativamente en las prácticas de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses en la Estrategia de Salud del Niño ClassTtio noviembre 2011. Por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Nivel de Conocimiento**

#### **Concepto**

De acuerdo a Serrano (2013), es un conjunto de información que la persona adquiere como resultado de la experiencia, también se le define como la sumatoria de saberes que se poseen sobre un aspecto de la realidad obtenida a través de un proceso de aprendizaje que ayudará a cambiar las opiniones. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez; objetivo, porque corresponde a la realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo. El conocimiento vincula procedimientos mentales con actividades prácticas.

Existen factores que permiten saber si las personas tienen la capacidad de entender lo relacionado con el cuidado de la salud, está demostrado que el alto nivel de conocimiento en diferentes temas de salud como la lactancia materna exclusiva está asociado con el grado de instrucción de la persona pues refieren una mayor comprensión sobre el tema mientras que las personas con un nivel bajo de instrucción tienen más dificultades para aprenderlo.

Según Selden (2015) menciona que las madres con menor grado de instrucción tienen menor oportunidad de entender los mensajes escritos que provienen de sus servicios de salud pues el entendimiento de los mensajes transmitidos a través de los medios impresos son para prevención e información. Otro factor asociado con el conocimiento, es la edad que está relacionado con la experiencia que tiene la madre en especial cuando se trata del número de hijos y la edad del niño

Bunge (1989) define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.

Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón.

### **Niveles del Conocimiento**

El conocimiento constituye un aspecto tan especial para la vida de los hombres es natural que estos dediquen una parte importante de su

actividad a adquirir nuevos conocimientos y su esquema de pensamiento está basado en la Teoría del Aprendizaje Constructivista.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes etapas y, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados: El conocimiento descriptivo: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

Entre los niveles de conocimiento que se asumen se tiene los siguientes:

- a) **Conocimiento conceptual:** También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra empirismo se ha utilizado hasta para hablar de hallazgos a prueba de ensayo y error. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo: Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.
- b) **Conocimiento teórico:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi madre; esto es conocimiento descriptivo, singular. Pero además, puedo

tener el concepto de madre, que abarca a todas las madres; es universal.

El concepto de madre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de madre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de madre es universal (madre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de madre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de madre se aplica a todas las madres. Por esto último puedo concluir y sostener que la imagen es singular y el concepto es universal.

### **Medición del Conocimiento**

Existen diversas escalas para medir el conocimiento que posee la persona, se asume una escala vigesimal de acuerdo el sistema evaluativo del Perú, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto, es decir el valor de 0-20 se categorizo de la siguiente manera:

- Nivel de conocimientos alto: cuya calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 17 -20 puntos.
- Nivel de conocimientos medio: calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 11 -16 puntos.
- Nivel de conocimientos bajo: similar a la nota desaprobatória, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 – 11 puntos.

## **Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria**

### **Desarrollo de las glándulas mamarias**

De acuerdo a Tortora (2001) al momento del nacimiento, las glándulas mamarias no presentan desarrollo en ninguno de los sexos y tienen el aspecto de pequeñas prominencias torácicas. Con la pubertad se inicia su desarrollo en la mujer. La maduración de sistema de conductos la formación de grandes depósitos de grasa, el crecimiento y pigmentación del pezón y areola son que guardan correlación con el aumento de la secreción de estrógenos por parte de los ovarios.

La continuación del desarrollo mamario tiene lugar al alcanzarse la maduración sexual, con el inicio de la ovulación y la formación del cuerpo lúteo. Durante la adolescencia, el aumento en las concentraciones de progesterona hace que los alveolos proliferen, aumenten de tamaño e inicien su actividad secretora. Además se continúa depositando la grasa con lo que aumenta el tamaño de las mamas. Aunque los cambios en su desarrollo guardan relación con la secreción ovárico, de estrógenos y progesterona, la regulación de esta corresponde a la hormona folículo estimulante que se secreta como respuesta a la hormona liberadora de gonadotropina hipotalámica.

### **Estructura de las glándulas mamarias**

Guyton, R. (2010) afirma que las glándulas mamarias son glándulas sudoríferas modificadas (túbulo alveolares ramificantes) que se sitúan sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, a los cuales se unen con una capa de tejido conectivo.

En su estructura interna cada una está formada por 15 a 24 lóbulos, dispuesto en orden as o menos radial y separados por una cantidad variable de tejido graso. La cantidad de éste es el factor del que depende el tamaño de las mamas, que no guarda relación alguna con la cantidad de leche que se produce durante la lactación. En cada lóbulo hay otros compartimientos más pequeños, los lobulillos compuestos por

tejido conectivo en él están incluidos las células secretoras de leche que son los alveolos. Entre los lobulillos, se observan haces de tejido conductivo, los ligamentos suspensorios de las glándulas mamarias (ligamentos de Cooper), que siguen un trayecto entre la piel la fascia profunda para brindar sostén a las mamas.

Los alveolos vacían la leche en un conjunto de túbulos secundarios, de los cuales pasa a los conductos mamarios. Conforme estos se acercan al pezón, se expanden para formar senos llamados ampollas, en los que suele almacenarse la leche. Las ampollas continúan con el nombre de conductos lactíferos (galactóforos), que terminan en el pezón. Cada conducto galactóforo conduce la leche de uno de los lóbulos hacia el exterior. El área circular pigmentada de piel que rodea al pezón es la areola, cuyo aspecto rugoso se debe a que contiene glándulas sebáceas modificadas.

### **Fisiología de la Mama**

Guyton (2010) afirma que en el embarazo la glándula mamaria experimenta un notable crecimiento de tamaño mediante el hipotálamo (área cerebral que controla la producción de hormonas) la segregación hormonal varía, produciéndose por ello muchos cambios en la mujer. En lactancia se distinguen tres procesos, los cuales son:

- a) **Lactogénesis**, que es el proceso por el cual glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto. Durante la primera etapa de la lactogénesis la glándula mamaria puede secretar leche pero debido a los altos niveles de las hormonas estrógeno y progesterona (principalmente de origen placentario) bloquean la secreción de leche hasta el momento del parto.

Puede ocurrir que algunas mujeres experimenten una pequeña secreción de calostro de sus pezones durante el 2° o 3° trimestre. Durante la segunda etapa de la lactogénesis, cercano al momento del parto, los niveles de hormonas disminuyen (progesterona, principalmente por la remoción de la placenta) y aumenta la prolactina desbloqueando a los tejidos mamarios para el comienzo de la secreción copiosa de leche.

#### **b) Galactopoyesis**

Es el mecanismo de la secreción de leche ya establecida; siendo el responsable el eje hipotálamo – hipófisis que permite la liberación de la prolactina (LTH) y oxitócica. La oxitocina tiene 3 acciones importantes durante la lactancia:

- Estimula la contracción del útero y mejora los entuertos y acelera la involución.
- Por estimulación sobre la hipófisis anterior facilita la liberación de prolactina.
- Favorece la expulsión de la leche.

Después de la segunda semana y hasta el tercer mes, la succión del complejo pezón areola, produce un gran estímulo sobre la producción de prolactina (LTH), aumenta de esta manera hasta 20 veces su nivel basal, la cual es importante para el mantenimiento de la lactancia.

#### **c) Eyección láctea**

Esta etapa de la lactancia se produce principalmente por el efecto neurogenico que estimula la liberación de oxitocina. Y a su vez la oxitocina favorece la contracción de las células mioepiteliales de los conductos galactóforos favoreciendo la eyección de la leche y

estimulando la contracción del útero durante la lactancia, lo que ayuda a la involución uterina.

## **Lactancia Materna**

### **Concepto**

De acuerdo al Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española (201), la lactancia materna presenta inigualables beneficios para el niño-a y la madre tanto en aspectos biológicos y psico-afectivos, como ventajas sociales, ecológicas y económicas. El amamantamiento es la culminación del proceso reproductivo y se trata de un derecho de la mujer y el niño que requiere sostén social y apoyo profesional.

Así mismo la (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012) define a la lactancia materna exclusiva, como la ingesta de leche materna pura, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie

La Lactancia Materna que es la forma natural de alimentación de la especie humana. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (OMS). Además la "Lactancia Materna" es natural producida por las madres es el alimento ideal para el crecimiento, desarrollo y protege al recién nacido contra la enfermedad es reduce el riesgo de mortalidad.

### **Reflejos de la lactancia materna**

De acuerdo a (Muñoz, H., 2012), la alimentación con el pecho, funciona debido a varios reflejos, entre los que tenemos:

En la madre, se da el reflejo de la prolactina o reflejo productor de la leche, el reflejo de erección del pezón y el reflejo de la oxitocina o reflejo de secreción o eyección de leche.

Y, en el bebé, se da el reflejo de búsqueda, el reflejo de succión y el reflejo de deglución

### **Clasificación de la lactancia materna**

Se clasifica la lactancia materna, de la siguiente manera:

- a) Lactancia materna exclusiva (LME):** hace referencia al hecho de que a un bebé se le ofrezca sólo leche materna. Ni agua ni infusiones ni leche adaptada. Actualmente, las principales organizaciones y asociaciones recomiendan 6 meses de Lactancia Materna Exclusiva. (Organización Mundial de la Salud, 2013).
  
- b) Lactancia Materna Prolongada: (LMP)** existen diversas definiciones para ello. En algunas culturas, la lactancia prolongada hace referencia a dar el pecho más allá de los seis meses, mientras que en otras se considera que es a partir de los dos años de edad. En este foro acuñaremos el concepto una vez sobrepasados los dos años de lactancia, que es el mínimo de tiempo que recomiendan la Organización Mundial de la Salud.
  
- c) Lactancia Mixta: (LMX)** consiste en ofrecer al niño leche materna y leche adaptada, en mayor o menor proporción. Si hay que destetar a un niño conviene estar una temporada con lactancia mixta e ir aumentando tomas de biberón mientras se reducen las tomas de pecho pero, del mismo modo, es posible volver a dar lactancia

materna exclusiva, realizando los pasos inversos: aumentar tomas de pecho y reducir suplementos de biberón.

- d) **Lactancia Artificial: (L.A)** la única leche que recibe el bebé es leche adaptada, bien sea de inicio, de continuación o de crecimiento.
- e) **Lactancia Inducida: (L.I)** Una madre que nunca ha dado el pecho a su hijo y días, semanas o meses más tarde cambia de opinión o que ha adoptado a un bebé puede llegar a lograr establecer una lactancia mixta o una lactancia exclusiva. Hace falta estimulación del pecho, medicación (galactogos prescritos por un médico) y constancia. Los resultados merecen la pena.
- f) **Lactancia en Tándem: (LT)** hace referencia a que una madre dé el pecho a uno o dos de sus hijos durante un nuevo embarazo y también a que luego, tras el parto, continúe con la lactancia del hijo o hijos mayor o mayores durante el amamantamiento del bebé. Por ejemplo, una mujer puede estar dando pecho a su hijo de 3 años, a su hija de 18 meses y a un bebé de 2 meses (aunque a esto lo solemos acuñar "tritándem" ) Por lo general, es la lactancia solapada en el tiempo de dos hijos de edades diferentes, sean biológicos o adoptados.

## **Leche materna**

Se conoce que la leche materna es el mejor alimento para todo bebe. Porque contiene componentes y es beneficiosa para el recién nacido.

## **Principales Componentes**

Entre los principales componentes de la leche materna, de acuerdo del Comité de Lactancia Materna, tenemos los siguientes:

### **a) Lípidos**

Las grasas o lípidos de la leche materna forman el 3 a 5 % de la misma son el componente más variable representa entre un 40 a 50 % del total de calorías de la leche materna y el bebé es capaz de absorberlas fácilmente más del 90% de las grasas.

#### **b) Carbohidratos**

De acuerdo Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (2004), la lactosa es el principal carbohidrato contenido en la leche materna es un disacárido formado por galactosa más glucosa. Su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central del recién nacido. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos. La galactosa es indispensable para el desarrollo del sistema nervioso central del niño

#### **c) Proteínas**

Muchas propiedades particulares de la leche humana se deben a sus proteínas. Los aminoácidos que las componen son característicos de la leche humana. Su función principal es la formación de todos los tejidos, desde el pelo, la piel y las uñas, hasta los músculos.

#### **d) Minerales y Vitaminas**

La leche materna contiene todos los minerales que el bebé necesita. Estos forman parte de los tejidos y participan en funciones específicas del organismo. El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebé favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido. Así como las vitaminas están presentes en la leche materna cubren las necesidades del bebé pero son variables según el estado nutricional y el aporte de vitaminas que recibe la mamá. Es decir, que existe una

estrecha relación entre la alimentación de la mamá y la concentración de vitaminas en la leche materna. Es recomendable que durante el periodo de lactancia materna la madre se alimente correctamente y tome suficiente líquidos. Así mencionaremos los diversos minerales y vitaminas halladas en la leche materna.

- **Zinc.-** Es crucial para un cerebro saludable, se encuentra tanto en la fórmula como en la leche materna, pero un bebé puede absorber el zinc de la leche materna mucho más eficazmente es importante en la defensa del organismo y en el crecimiento de los niños. **Taurina.-** Es un aminoácido muy abundante en la leche materna y totalmente ausente en las fórmulas. Los bebés prematuros que se alimentan artificialmente (sin taurina) sufren problemas de aprendizaje.
- **Vitamina A.-** El calostro es más rico y doble en vitamina A que la leche madura. La leche de transición contiene el doble de la leche madura que necesita para protección de la vista y la piel.
- **Vitamina K.-** Los valores de vitamina K son más abundantes en el calostro y en la leche de transición en comparación con la leche madura. Luego de un par de semanas, es la flora intestinal la que sintetiza vitamina k en él bebe a partir de la 2 semana de nacer, se necesita para la coagulación de la sangre.
- **Vitamina E.-** El contenido de vitamina E presente en la leche materna cubre las necesidades del bebe favorece fertilidad.

#### **e) Inmunoglobulinas**

Es un conjunto de proteínas se encuentra en el suero y fluidos tisulares de todos los mamíferos en forma de secreción de las cuales tenemos:

- **IgM (efectivo)** de denomina también macro globulina es el primer tipo de inmunoglobulina particularmente efectiva frente a un gran número de bacterias. Porque sintetizada en respuesta a una infección.
- **IgA, (secretora)**, es predominante de anticuerpo en las secreciones externas del organismo como saliva, lágrimas, calostro, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarias actúan como defensa inicial contra los patógenos invasores como virus y bacterias antes de que penetre o se instalen en las mucosas es importante en la inmunidad del recién nacido. IgD, (receptor) su función esta menos definido que la otras porque no se encuentra más soluble en el plasma.
- **IgG (defensa)**. Se trata de la inmunoglobulina predominante en los fluidos internos del cuerpo, como son la sangre, el líquido cefalorraquídeo líquido presente en la cavidad abdominal. Esta proteína es especializada y sintetizada por el organismo en respuesta a la invasión de bacterias, hongos y virus. IgG es la única clase de inmunoglobulinas que atraviesa la placenta, transmitiendo la inmunidad de la madre al feto, IgE (protege) contra diversos agentes patógenos, pero especialmente parásitos, por lo que sus niveles suelen estar bastante elevados tanto en paciente alérgicos como en personas que sufran alguna parasitosis.
- **Los anticuerpos.-** Que el bebé recibe no se inmutan ante la presencia de las bacterias útiles que suele haber en el intestino, se desconoce cómo se entera el sistema inmunitario materno de que debe fabricar anticuerpos exclusivamente dirigidos contra bacterias patógenas y no contra las beneficiosas. Pero cualquiera que sea el mecanismo, facilita el asentamiento de las "bacterias buenas en el

intestino del lactante. Este sistema de defensa a diferencia de otros no produce inflamación.

#### **f) Enzimas.**

Así también podemos encontrar enzimas como la lipasa que es importante en la leche materna. Se encuentra activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por las sales biliares facilitando la digestión. Es por ello que los bebés que son alimentados con leche materna tienen una alta absorción de grasas. Así mismo esta liberación de ácidos grasos libres tiene un efecto protector contra bacterias, virus y protozoos.

### **Tipos de leche**

Desde la concepción del niño hasta los 2 años de edad la leche materna pasa por diferentes cambios según el desarrollo del niño.

#### **a) El calostro**

Durante el embarazo, la glándula mamaria comienza a acumular el pre calostro, sustancia rica en proteínas, inmunoglobulinas y otras defensas para el organismo del lactante. Ministerio de salud (2010) indica que la leche materna, en especial el calostro, es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, anti fúngico y antiparasitario. Cumple una función de protección inmunológica. El calostro es un líquido seroso y amarillo secretado por las glándulas mamarias, compuesto por inmunoglobulinas, agua proteínas, grasas y carbohidratos, este líquido está presente en los cinco primeros días del postparto.

El calostro es un alimento ideal y primordial ya que esta es la primera inmunización del bebé en los primeros cuatro días posparto se

produce el calostro, fluido de color amarillo y espeso, compuesto por el pre-calostro que se va mezclando con la leche que comienza a producirse.

El volumen de calostro en los primeros tres días post parto es de aproximadamente unos 5 a 200 ml al día por mamada, siendo suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Este fluido tiene tres veces más proteínas que la leche madura.

Otros componentes que se encuentran en gran proporción son las proteínas defensivas inmunoglobulinas que protegen al recién nacido frente de los gérmenes del medio ambiente.

#### **b) Leche Transicional**

Es la leche que se produce entre el cuarto y decimoquinto día después del parto. Entre el cuarto y sexto día post parto se produce un aumento brusco de la producción de leche, la que sigue aumentando en forma progresiva hasta alcanzar un volumen estable de aproximadamente 600 a 700 ml al día.

#### **c) Leche madura**

Se produce a continuación de la leche de transición. La producción promedio es de 700-900 ml por día en los primeros seis meses post parto. Sus principales componentes son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales, que constituye una importante fuente calórica para el bebé. La lactosa es utilizada en la formación de sustancias indispensables para el desarrollo del sistema nervioso central.

Existen otros hidratos de carbono que estimulan el crecimiento del lactobacilo, bacteria predominante en el intestino del niño que recibe de la leche materna, protegiéndolo contra el crecimiento de

microorganismos patógenos. Algunos de estos azúcares se adhieren a receptores ubicados en las células de las membranas mucosas de la faringe impidiendo así también la proliferación de ciertas bacterias patógenas en esos sitios. Las deposiciones blandas, características de niños amamantados, se deben a la lactosa. Esta consistencia favorece la absorción del calcio en el colon del lactante.

#### **d) Leche pre-termino**

Es la leche que producen las madres que tienen un parto de pre-término (niños prematuros). Las glándulas mamarias secretarán este tipo de leche durante uno o más meses. Su composición es distinta a la de la leche madura. Se caracteriza por una mayor concentración de proteínas, grasas, por lo tanto de energía, y una menor cantidad de lactosa. Esta leche es más apropiada para el niño inmaduro, el cual tiene mayores requerimientos nutricionales, y menor capacidad de digerir la lactosa. Algunas proteínas protectoras se encuentran en mayor concentración. Esta leche, sin embargo, no cubre los requerimientos de calcio, fósforo y proteínas de un recién nacido de muy bajo peso menor a 1500 gramos.

### **Técnicas de Lactancia Materna**

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa favorece tanto al confort de la madre y facilita el buen agarre del niño. Para que exista un buen agarre, tanto el lactante como su madre deben estar en una posición apropiada. Existen diversas posiciones para ambos, pero es necesario tomar en cuenta algunos puntos que deben ser seguidos para cualquier posición.

#### **A. Posición de la madre**

La madre debería mantener al lactante en su pecho hasta que él o ella se separen por sí mismo. Generalmente, el lactante succiona más lentamente y con pausas más prolongadas; luego, escupe el pezón y se separa y se le ve contento. Después de algunos minutos, la madre puede ofrecerle el otro pecho, pero el lactante podría o no lactar más. La madre puede iniciar la siguiente mamada ofreciendo el otro pecho.

Durante los primeros días, los lactantes pueden querer lactar con mucha frecuencia, esto es beneficioso ya que estimula la producción láctea. En las primeras semanas de vida se espera que él beba lacte frecuentemente entre 20 a 30 minutos en cada pecho, por su poca experiencia la que poco se irá incrementando, la succión será más vigorosa y por tanto seguirá disminuyendo el tiempo que necesita para vaciar la leche de los dos pechos y satisfacer sus necesidades nutricionales. El tiempo necesario de succión será de 10 a 15 minutos en cada pecho para que él beba pueda tomar leche de inicio (rica en proteínas), y la del final (rica en grasas), que saciara su demanda, es decir cada vez que desee pero es necesario saber que el tiempo de lactadas no puede exceder de dos a dos y media hora, debiendo lactar de 10 a 12 veces al día y mantener la producción suficiente de la leche.

### **Después de la Lactancia Materna**

Después de la lactancia es necesario retirar al niño de la manera correcta para evitar lesiones e interrumpir succión. Es necesario hacerlo suavemente y con la técnica adecuada. Cuando él beba acabe de alimentarse, pero todavía sostenga el pezón y la madre desea cambiar de lado o necesita retirar al bebe del seno por alguna otra razón, la madre deberá insertar el dedo meñique, en el ángulo de la boca del bebe entre las encías. Se interrumpe la succión y se puede entonces apartar al bebe del pecho sin peligro.

### **a) Eructo del niño.**

Al recién nacido debe hacersele eructar periódicamente, para ello la madre u otro miembro de la familia deberá ponerle de pie contra su hombro mientras le sostiene la cabeza. Así también colocar al bebé boca abajo encima de las rodillas golpear o frotar suavemente la espalda hasta que eructe. Si el recién nacido se queda dormido después de mamar, la madre puede colocarlo de costado o sobre su abdomen, de esta manera el aire pueda salir por sí misma. Algunos recién nacidos amamantados no parecen necesitar eructar, porque no ingieren mucho aire mientras maman.

### **b) Higiene en la lactancia**

Entre el cuidado que se debe tener se tiene lo siguiente:

- **Cuidado e higiene de los pezones**

Para mantenerlos limpios y evitar la acumulación de microorganismos, es suficiente lavarlos con agua una vez al día, cada mañana con la higiene matinal y/o antes de cada mamada, no se debe usar: jabón, alcohol, ni cremas, ya que los primeros resecan los tejidos y le quitan lubricación natural, y las cremas son innecesarias, ya que estas ocasionan irritación si esta es secada cada vez que él bebe lacta. No se debe usar material sintético o plástico en los senos porque impiden su ventilación y pueden causar irritación y enrojecimiento.

- **Lavado de manos**

Es la medida más importante para prevenir la diseminación de infecciones. En el lavado de manos intervienen medios mecánicos y químicos, destructores de microorganismos, el agua corriente elimina en forma mecánica los elementos microscópicos, en tanto el

jabón emulsiona las materias extrañas y reduce la tensión superficial, lo que facilita la eliminación de aceites, grasas y suciedades.

### **Beneficios de la Lactancia Materna**

Según (Fundación Lacmat, 2009) indica que los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. Los beneficios de la madre contrae el útero protege contra el cáncer ovario y seno, se reduce la depresión post parto. Se facilita la recuperación física del parto.

La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebe en cada momento, proporciona al niño /a anticuerpo protege contra enfermedades infecciosas ayuda a la economía familiar evitando la compra de fórmulas especiales de alto costo. La leche materna es una sustancia viva, contiene tantas células como la propia sangre. En algunas sabias culturas milenarias como en la India se la denomina "sangre blanca".

Estas células pueden destruir activamente parásitos, bacterias y hongos contribuyen a regular la repuesta inmunológica, los gérmenes se multiplican menos, la leche materna no solo es un buen alimento, es además una buena medicina.

#### **a) Beneficios Emocionales**

Son las ventajas psicológicas, se supone que la lactancia materna es agradable, el efecto de la oxitocina disminuirá el estrés y por lo tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo. La madre si da leche materna, tranquiliza o consuela al niño y se

siente protegido. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo.

#### **b) Beneficios Nutricionales**

La leche materna es la alimentación más completa para los lactantes. Tiene la composición ideal de agua, azúcares, grasa y proteínas que el bebé precisa para un crecimiento y el desarrollo óptimo. Evita, también, una ganancia excesiva de peso por lo que previene la obesidad en edades posteriores. Se ha identificado una proteína (adiponectina) en la leche materna que parece proteger de la obesidad, la diabetes y afecciones arteriales coronarias. Algunos estudios sugieren que los niños o lactantes prematuros alimentados con leche materna presentan un mayor desarrollo cerebral y mayor inteligencia que los que son alimentados con leche artificial. La digestión de los niños que toman leche materna, generalmente, es mejor que la de los que toman leches artificiales.

#### **c) Beneficios Inmunológicos**

La leche de madre contiene los niveles más altos de estas propiedades inmunológicas. La leche materna es especialmente beneficiosa para los bebés de alto riesgo, ya que es más probable que estos niños (as) estén expuestos a infecciones gastrointestinales, respiratorias, de oído y urinarias con mayor facilidad, por lo que estos bebés alimentados con leche materna tienen menos posibilidades de contraer diarrea o enfermedades intestinales graves durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La leche materna es de fácil digestión lo cual cobra mayor importancia en los prematuros ya que es el alimento nutritivo que el bebé digerirá con mayor facilidad.

Es importante para cualquier bebé, pero es especialmente beneficioso para el aparato digestivo inmaduro de un prematuro. El bebé utiliza menos energía y asimila mejor los ingredientes básicos de la leche materna, de manera que los nutrientes, los factores inmunológicos y todos los demás "ingredientes" de la leche materna nutren las funciones fisiológicas del bebé y estimulan su crecimiento y desarrollo.

#### **d) Beneficios Odontológicos**

La lactancia ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé. Cuando se produce la salida de los dientes de leche o dentadura primaria, los músculos de la cara, lengua y la forma de los maxilares juegan un papel muy importante en la posición de los dientes permanentes, aunque éstos aparecerán en la boca solamente varios años más tarde. Evita las caries del biberón son muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón.

**Técnicas de la lactancia materna:** Es el conjunto de procedimientos o pasos que se emplean para su realización efectiva y exitosa de esta; su conocimiento sea mayor o menor o desconocimiento en mujeres que tienen un hijo y sobre todo para las que por primera vez van a enfrentar la maternidad, son los que van a influir para la buena práctica y el éxito de la lactancia materna.

#### **Estructura de las glándulas mamarias**

Guyton, R. (2010) afirma que las glándulas mamarias son glándulas sudoríferas modificadas (túbulo alveolares ramificantes) que se sitúan

sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, a los cuales se unen con una capa de tejido conectivo. Entre la lactancia se tiene las siguientes:

**Lactancia materna exclusiva (LME):** hace referencia al hecho de que a un bebé se le ofrezca sólo leche materna. Ni agua ni infusiones ni leche adaptada. Actualmente, las principales organizaciones y asociaciones recomiendan 6 meses de Lactancia Materna Exclusiva. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

**Lactancia Materna Prolongada: (LMP)** existen diversas definiciones para ello. En algunas culturas, la lactancia prolongada hace referencia a dar el pecho más allá de los seis meses, mientras que en otras se considera que es a partir de los dos años de edad. En este foro acuñaremos el concepto una vez sobrepasados los dos años de lactancia, que es el mínimo de tiempo que recomiendan

**Lactancia Mixta: (LMX)** consiste en ofrecer al niño leche materna y leche adaptada, en mayor o menor proporción. Si hay que destetar a un niño conviene estar una temporada con lactancia mixta e ir aumentando tomas de biberón mientras se reducen las tomas de pecho pero, del mismo modo, es posible volver a dar lactancia materna exclusiva, realizando los pasos inversos: aumentar tomas de pecho y reducir suplementos de biberón.

### **Niveles del Conocimiento**

Es el grado de conocimientos que una persona posee sobre un determinado tema. El conocimiento constituye un aspecto tan especial para la vida de los hombres es natural que estos dediquen una parte importante de su actividad a adquirir nuevos conocimientos y su esquema de pensamiento está basado en la Teoría del Aprendizaje Constructivista.

## **Medición del Conocimiento**

Existen diversas escalas para medir el conocimiento que posee la persona, se asume una escala vigesimal de acuerdo al sistema evaluativo del Perú, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto, es decir el valor de 0-20.

## **Teoría del Apego**

Fue el psicólogo Bowlby que en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna le condujo a formular la Teoría del apego.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Está planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie. El trabajo de Bowlby estuvo influenciado por Konrad Lorenz (1903-1989) quien en sus estudios con gansos y patos en los años 50, reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin que el alimento estuviera por medio. Pero fue Harry Harlow (1905-1981) con sus experimentos con monos (del cual nos habló recientemente Lola), y su descubrimiento de la

necesidad universal de contacto quien le encaminó de manera decisiva en la construcción de la Teoría del Apego.

El bebé –según esta teoría- nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad producir respuestas en los padres: la succión, las sonrisas reflejas, el balbuceo, la necesidad de ser acunado y el llanto, no son más que estrategias por decirlo de alguna manera del bebé para vincularse con sus papás. Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar si se lleva a cabo (ansiedad de separación), y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo.

Más tarde Ainsworth (1913-1999) en su trabajo con niños en Uganda, encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Estos comportamientos dependían de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño.

La teoría del apego tiene una relevancia universal, la importancia del contacto continuo con el bebé, sus cuidados y la sensibilidad a sus demandas están presentes en todos los modelos de crianzas según el medio cultural. Un niño que sabe que su figura de apego es accesible y sensible a sus demandas les da un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alimenta a valorar y continuar la relación. (Bowlby).

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Entre los casos presentados durante los años 2016-2017, que fueron registrados en el Centro de Salud de Buena Vista, del distrito de Cusco, se tiene lo siguiente:

- Manejo adecuado de las técnicas que usa la madre al momento de amamantar.
- Tiempo adecuado dedicado a la lactancia exclusiva.
- Apoyo recibido por el Personal de Enfermería

#### **3.2. Experiencia Profesional**

Empieza mi experiencia profesional en el año 1992 en el centro de salud de Yanaoca provincia de canas departamento de cusco. En calidad de SERUMS (Servicio rural en el ministerio de salud) durante 1 año, donde empecé a ganar experiencia enfatizando en área preventivo promocional como también en la atención del paciente hospitalizado, púérperas y atención del recién nacido.

Con respecto a preventivo profesional fue en el área de:

- Inmunizaciones
- Crecimiento y desarrollo
- Tuberculosis
- Visitas domiciliarias a pacientes con IRA y EDA

En este establecimiento de salud en la evolución anual que se realizo fue las altas tasas de incidencia de enfermedades diarreicas y respiratorias dadas por el factor climático de la zona por estar a una altura de 3900 msnm, y por la deficiente saneamiento ambiental. Como profesional SERUMS(Servicio rural en el ministerio de salud) priorice en las visitas domiciliarias de seguimiento a los niños

menores de 5 años que no acudían al establecimiento de salud a vacunarse, a crecimiento y desarrollo y a niños que enfermaban con infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS) ya que los padres daban más importancia al cuidado de sus animales que a sus propios hijos. Con la orientación, demostración y consejería en el consumo de agua hervida, lavado de manos abrigo y no exposición al humo para evitar las neumonías y priorizando que el niño menor de 6 meses debía realizar lactancia materna exclusiva con estas actividades concluí satisfactoriamente y con éxito mi experiencia laboral que abrió camino para mi futuro.

Los años 1993 y 1994 por situaciones de política de gobierno de esa época no hubo concursos para nombramiento ni contrato en el ministerio de salud MINSa por lo que trabaje en una organización no gubernamental ONG el CIPA; en el distrito de Ocongate y Capca que queda en la provincia de Quispicanchis y departamento de cusco ganando experiencia en la atención de las enfermedades propias de la mujer y dando charlas educativas en el idioma quechua. Por el Banco mundial trabaje como encuestadora sobre aspectos de la incidencia de la desnutrición crónica en el niño menor de cinco años de edad en la provincia de Acomayo y Paruro y sus comunidades como profesional gane la vivencia de cada familia.

En el año de 1995 gane un concurso del ministerio de salud para una plaza de contrata en el centro de salud de Machupicchu ubicado en aguas calientes en la provincia de Urubamba departamento cusco, mi trabajo fue preventivo promocional también de atención de morbilidad en ausencia del personal medico. La atención en este establecimiento era especial por que también se atendían a turistas por el llamado mal de altura y era necesario tener conocimiento de Ingles básico.

En las salidas comunitarias la atención era integral gracias al apoyo de las autoridades y trabajando de forma coordinada se podía llegar a los lugares que eran accidentados e inaccesibles

Seguidamente en el año 1996 trabajé contratada en el centro de salud de Pomacanchi situado en la provincia de Acamaya departamento de Cusco, en este establecimiento mi labor era preventiva y promocional, atención de parto aplicando la interculturalidad ( parto vertical) .en este establecimiento se encontraron coberturas bajas en los programas de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años lo cual se revirtió en una cobertura óptima quedando en primer lugar en la evaluación anual de la provincia obteniendo un reconocimiento de la dirección de Unidad Territorial de Salud.

Posteriormente se convocó a un concurso de 11 plazas para obtener el nombramiento presentándose 214 licenciadas obteniendo un puntaje para cubrir una plaza en el centro de salud de Quebrada siendo un triunfo en mi vida profesional.

En los años posteriores a mi nombramiento 1997 al 2001 tuve una labor ininterrumpida obteniendo bastante experiencia en lo que es enfermedades endémicas (malaria, leishmaniosis, hepatitis B, dengue). Aprendiendo a convivir y a manipular instrumentos para poder hacer capturas correspondientes de los zancudos transmisores de estas enfermedades exponiendo la integridad y salud llegando a enfermar de malaria aun así mi labor fue;

- coordinadora de inmunizaciones y crecimiento y desarrollo
  - Encargada de realizar las evaluaciones trimestral, semestral y anual de los establecimientos a mi cargo
  - Realizaba guardias nocturnas para atenciones de parto y emergencias (accidentes como fracturas).
  - Capacitaciones al personal de salud
  - Capacitación a los promotores de salud

- Atención en los casos de tuberculosis
- Elaboración de programaciones anuales, planes de trabajo
- Elaboración de la estadística mensual

En lo que quedaba del año 2001 por razones familiares tramite el destaque al centro de salud de San Pedro ubicado en la ciudad del cusco donde observe que eran mas complicadas las labores de seguimiento de los niños menores de 5 años por ser población flotante. Posteriores a ese año trabaje en los centros de salud en los cuales la labor era similar

- C.S. MIRAFLORES
- C.S. CHOCO
- C.S. ANTA
- C.S. HUAROCONDO
- C.S. BUENA VISTA

En este ultimo centro de salud vengo trabajando 6 años consecutivos realizando trabajos en:

- Atención del niño
- Promoción de la salud
- Programa de tuberculosis.
- Participación en campañas de salud

Logre implementar los centros de vigilancia nutricional para los niños menores de 5 años donde se realizan las sesiones educativas y demostrativas , de lavado de manos, manipulación, y preparación de los alimentos así mismo charlas educativas de lactancia materna exclusiva.

Finalmente en los 24 años de servicio a la población he podido volcar todos los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias y las experiencias multiculturales.

### **3.3. Procesos realizados en el tema del trabajo académico**

En el presente informe se describe el proceso ejecutado para realizar el trabajo académico, lo primero que se realizó fue recoger información sobre el conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva.

Posterior a la información recogida, se asumió que se debía de enseñar las técnicas correctas a las madres que fueron atendidas, entre ellas se facilitó en charlas, talleres, sesiones demostrativas las siguientes posiciones:

#### **Posición de la madre**

De acuerdo al (Ministerio de Salud, 2012), la madre puede estar sentada, echada o parada, si así lo desea. Sin embargo, ella debe estar relajada y cómoda, sin ninguna tensión muscular, particularmente en la espalda.

#### **Posición sentada o de cuna**

En el cual se coloca almohadas en los antebrazos de las sillas e indicar a la madre que el bebe debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. La madre toma al bebe, con el brazo y le acerca contra el seno en su abrazo estrecho. Manteniendo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

#### **Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano**

El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocaran almohadas para ayudar a la madre sostener el peso del cuerpo del niño.

### **Posición semisentada**

La madre se coloca en la cama en posición semiflower, sostiene la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre.

### **Posición acostada**

La madre acostada en la cama apoya la cabeza sobre el brazo A. Se coloca al bebé de costado frente a ella, con la boca a la mitad del pecho, la madre acerca al bebé hacia su cuerpo. Con la mano B, con la que puede sostenerlo o acariciarlo (cesárea).

### **Posición del lactante**

El lactante puede lactar en varias posiciones en relación a su madre, transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo. Cualquiera sea la posición de la madre o la posición del lactante en relación a ella, existen cuatro puntos "clave" sobre la posición del cuerpo del lactante que son importantes a ser observados:

- El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado o doblado. La cabeza del lactante puede estar ligeramente extendida hacia atrás, lo cual favorece que el mentón esté muy cerca del pecho.
- El lactante debe estar frente al pecho. Los pezones, usualmente, apuntan ligeramente hacia abajo, de manera que el lactante no debe ser aplastado contra el pecho de la madre; debe ser colocado, sostenido su espalda, de manera que sea capaz de ver el rostro de su madre.

### **También recibieron información sobre el tiempo (duración ) y frecuencia de la Lactancia Materna**

La madre debería mantener al lactante en su pecho hasta que él o ella se separen por sí mismo. Generalmente, el lactante succiona más lentamente y con pausas más prolongadas; luego, escupe el pezón y se separa y se le ve contento. Después de algunos minutos, la madre puede ofrecerle el otro pecho, pero el lactante podría o no lactar más. La madre puede iniciar la siguiente mamada ofreciendo el otro pecho. El tiempo de lactadas no puede exceder de dos a dos y media hora, debiendo lactar de 10 a 12 veces al día y mantener la producción suficiente de la leche.

### **Después de la Lactancia Materna**

Después de la lactancia es necesario retirar al niño de la manera correcta para evitar lesiones e interrumpir succión. Cuando él bebe acabe de alimentarse, pero todavía sostenga el pezón y la madre desea cambiar de lado o necesita retirar al bebe del seno por alguna otra razón, la madre deberá insertar el dedo meñique, en el ángulo de la boca del bebe entre las encías. Se interrumpe la succión y se puede entonces apartar al bebe del pecho sin peligro.

También se instruyó a las madres de la importancia de la higiene en el proceso de lactancia.

## IV. RESULTADOS

Entre los resultados se tiene lo siguiente:

### 4.1. Comparación del Manejo de Técnicas de amamantamiento

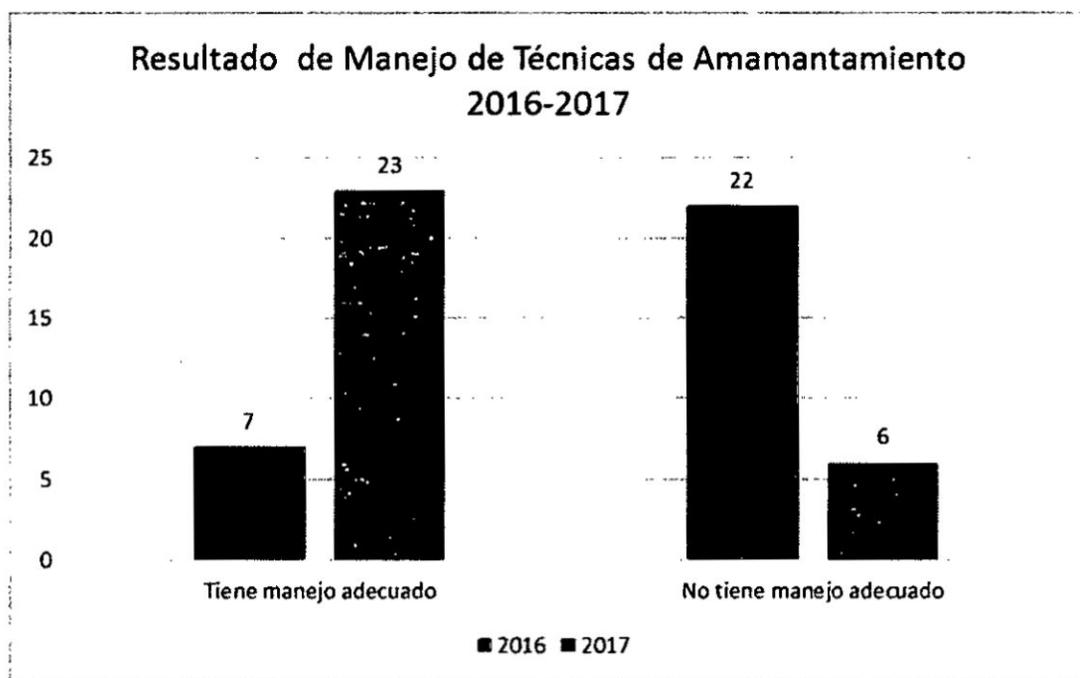
Cuadro N° 4.1

#### Manejo de Técnicas de amamantamiento

Centro de Salud	Manejo de técnicas de amamantamiento	2016	2017
BUENA VISTA	Tiene manejo adecuado	7	23
	No tiene manejo adecuado	22	6
Total		29	29

Gráfico N° 4.1

#### Manejo de Técnicas de amamantamiento



**4.3. Comparación de Madres que recibieron atención y consejería en Lactancia Materna**

**Cuadro N° 4.3.**

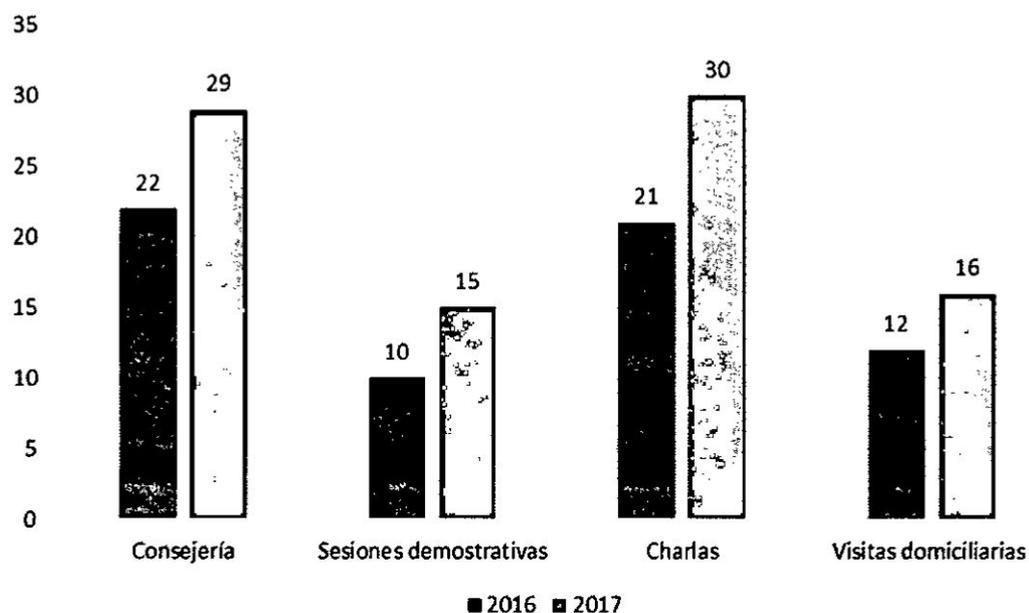
**Madres que recibieron atención y consejería en Lactancia Materna**

Centro de Salud		2016	2017
		Madres que recibieron atención y consejería en Lactancia Materna	
BUENA VISTA	Consejería	22	29
	Sesiones demostrativas	10	15
	Charlas	21	30
	Visitas domiciliarias	12	16

**Gráfico N° 03**

**Madres que recibieron atención y consejería en Lactancia Materna**

Madres que recibieron Consejería y Atención 2016-2017



**Interpretación**

De acuerdo a los resultados hallados sobre Madres que recibieron atención en consejería y atención, en el año 2016, 22 de las madres reciben consejería, 10 sesiones demostrativas, 21 asistieron a charlas y 12 visitas domiciliarias y en el año 2017, 29 recibieron consejería, 15 asistieron a sesiones demostrativas, 30 asistieron a charlas y 16 visitas domiciliarias. De los resultados obtenidos se asume que las madres asistieron constantemente a la consejería programada.

## V. CONCLUSIONES

- a) La intervención de la enfermera contribuye al conocimiento sobre lactancia materna de las madres de niños menores de 6 meses en el Centro de Salud de Buena Vista, esto se asume de los resultados hallados para el Manejo de Técnicas de amamantamiento, en el año 2016, 7 el manejo de adecuado de las técnicas de amamantamiento y 22 no tienen manejo adecuado y en el año 2017, 23 tienen manejo adecuado de las técnicas de amamantamiento y 6 no tienen manejo adecuado. De los resultados obtenidos se asume que las madres mejoraron sus técnicas de amamantamiento en base a la consejería recibida por el personal de salud.
  
- b) El Tiempo dedicado a la lactancia exclusiva, en el año 2016, 3 el tiempo de manejo de adecuado y 26 no tienen manejo adecuado y en el año 2017, 24 tienen manejo adecuado del tiempo dedicado a la lactancia exclusiva y 5 no tienen manejo adecuado del tiempo. De los resultados obtenidos se asume que las madres mejoraron el manejo del tiempo dedicado a la lactancia exclusiva en base a la consejería recibida por el personal de salud.
  
- c) Las Madres que recibieron atención en consejería y atención, en el año 2016, fueron 22 de las madres que reciben consejería, 10 sesiones demostrativas, 21 asistieron a charlas y 12 visitas domiciliarias y en el año 2017, 29 recibieron consejería, 15 asistieron a sesiones demostrativas, 30 asistieron a charlas y 16 visitas domiciliarias. De los resultados obtenidos se asume que las madres asistieron constantemente a la consejería programada.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Al personal de enfermería, al respecto de la intervención de la enfermera contribuye al conocimiento sobre lactancia materna se debe asumir con mucha seriedad las estrategias asumidas para el logro de los objetivos y metas en salud.
- b) Al director de la Red Cusco Norte, que se realicen taller para fomentar el manejo de estrategias de focalización, el manejo de las técnicas de amamantamiento, tiempo y otros que son necesarios para el desarrollo adecuado de la lactancia materna exclusiva.
- c) Sensibilizar y concientizar a las madres de familia, que asistan continuamente a recibir charlas, sesiones demostrativas para mejorar su desempeño en su labor de amamantar a sus hijos y conozcan los beneficios de la LEM

## VII. REFERENCIALES

- Asociación Española de Pediatría. (2004). *Fomento de la lactancia materna*. Ginebra.
- Bellido, L. y Bellido, J. (2014). *Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre la lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014*. Piedra Liza.
- Benites, J.R. . (2008). *Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007*. Peru.
- Brown, J. (2006). *Libro de Texto: Nutrición en las diferentes etapas de la vida, . USA: Mac Graw Hill*.
- Bunge, M. (1989). *La Ciencia su método y la filosofía*. Argentina: Animandros.
- Calle, S.M., Morocho, B.B. y Otavalo, J.V. . (2013). *Conocimiento Materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de dos años que acuden al subcentro de salud de San Pedro del Cebollar durante mayo-julio 2013*. Cuenca-Ecuador.
- Castro, K.V. (2016). *Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015*. pERÚ.
- Condori, V.V. (2015). *Nivel de Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las gestantes del noveno mes en el establecimiento de salud metropolitano I-3 Puno*. Puno-Perú.
- Durand, J.E. . (2012). *Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011*. Lima-Perú.
- ENDES. (2013). *La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES*.

- ENDES. (s.f.). *La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* . 2013.
- Espinoza, V., Sancas, D.M. . (2012). *El Nivel de Conocimiento en las prácticas de Lactancia Materna Exclusiva en Madres de Niños Menores de 6 meses en la Estrategia de Salud del Niño ClassTtío Cusco - Noviembre 2012*. Cusco-Perú.
- Fundación Lacmat. (2009). *Lactancia Materna*.  
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/> .
- García de León, C.M. (2011). *Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, de la comunidad en Tablón del Municipio de Sololá*. Quetzaltenago-México.
- García, L.A. (2015). *Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva, del Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015*. Lima-Perú.
- Guerrero, J.L. y Vera, J.E. (2013). *Nivel de Conocimiento sobre la lactancia materna en madres adolescentes*. Cuenca-Ecuador.
- Guyton, R. (2010). *Tratado de Fisiología Médica*, . México: Editorial Interamericana Mc Graw- Hill.
- INEI. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES*. Lima-Perú.
- León, R.K. (2015). *Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015*. Juliaca.
- Marín, Z. (2000). *Libro de Texto: Elementos de Nutrición Humana*. México: Editorial EUNED.
- Ministerio de Salud. (2012). *Guía para el manejo de la Leche Materna*. Lima-Perú.
- Muñoz, H. (2012). *Lactancia natural*. Ginebra:  
<http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf> .

- OMS. (2010). *Publicación: Alimentación Complementaria*.  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/child/nutrition/comp\\_feeding/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html).
- Organización Mundial de la Salud . (2007). *Guía Complementatry feeding: family foods for breastfed children*.WHO/NUT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*.Ginebra:  
[http://www.unicef.org/ecuador/estrategia\\_mundial\\_para\\_la\\_alimentacion\\_del\\_lactante](http://www.unicef.org/ecuador/estrategia_mundial_para_la_alimentacion_del_lactante).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Lactancia Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Pahura,A. (2013). *Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial*. Universidad Abierta Interamericana.
- Rafael, L.M. (2013). *Nivel de conocimiento práctica y actitudes sobre Lactancia Materna Exclusiva y su relación con los episodios de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses de vida que asisten al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari-Amarilis, 2013*. Huanuco-Perú.
- Roca, S.M. y Suarez, C. (2015). *Nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puéperas primiparas, hospital II-ESALUD, setiembre-noviembre, 2015*. Huancayo-Perú.
- Rodriguez, L. (2014). *Factores asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz*. Cordova Veracruz-México.
- Romero, M.E. y Zaravia, K.L. (2015). *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Lima*. Lima-Perú.
- Selden. (13 de 08 de 2015). *Current bibliographies in medicine. LM Pub. No. CBM 2000-1. 2002; Bethesda, MD* . Obtenido de National

- Library of Medicine. editors. Health literacy: <http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.htm>
- Serrano . (2013). *El Constructivismo Hoy: Enfoques Constructivistas en educación*. Lima-Perú: Volumen 13, Núm. 1.
- Suaréz, Y.S. y Yarrow, K.S. (2013). *Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al centro de salud de San Cristobal-2013*. Huancavelica-Perú.
- Terrones, M.I. . (2013). *Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses del centro de salud Micaela Bastidas, febrero 2013*. Lima-Perú.
- Tortora, J.G. (2001). *Principios de anatomía y Fisiología*. Cuba: Harla.
- UNICEF. (2011). *La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*.
- Vergara, T.E. . (2014). *Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 06-12 meses del C.S. Ciudad Nueva, Tacna 2014*. Tacna - Perú.

## ANEXO 1



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

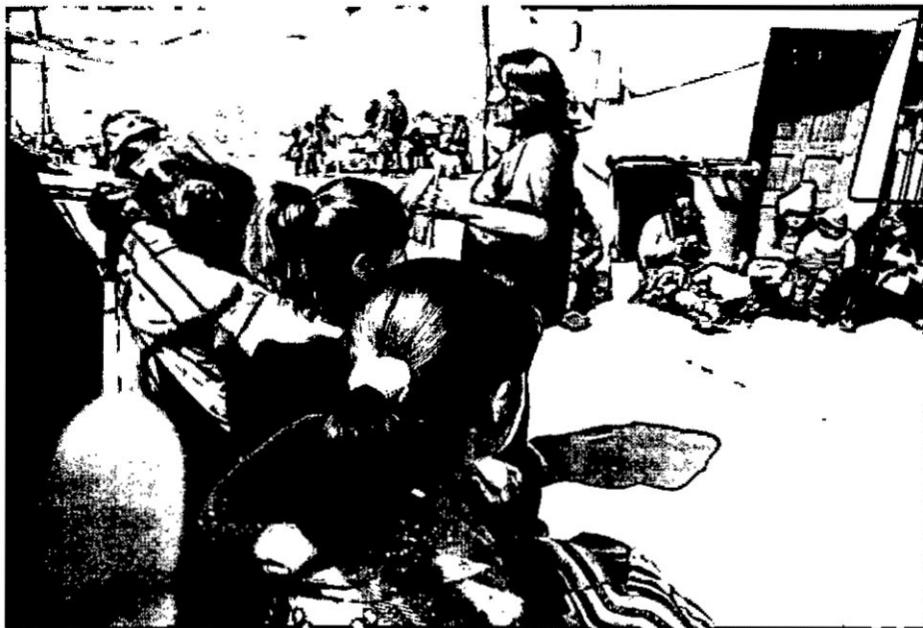


FUENTE: Elaboración Propia

### CHARLAS SOBRE LACTANCIA MATERNA



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

1M	2M	3M	4M	5M	6M
05/10/15 P: 4.420 T:53.4 Control S.E.T L.M.E. lavado de manos	19/10/15 P: 4.740 T:53.1 Control normal S.E.T L.M.E. Adm. de vacunas	19/11/15 P: 5.440 T:57.9 Control normal S.E.T L.M.E. lavado de manos	19/12/15 P: 5.950 T:60.6 Control normal Adm. de vacunas S.E.T L.M.E. lavado de manos	12/01/15 P: 6.450 T:62.5 Control G.I.P S.E.T L.M.E. lavado de manos	19/02/16 P: 6.960 T:63.5 Control normal S.E.T Adm. de vacunas Adm. de MMN Alimentación dosaje HB

### CONSEJERÍA A MADRES AÑO 2015

- Nombre de la Madre: Chasin Lua Puma  
 Nombre del niño: Nadesca Huanca Puma  
 Hcl:1101-E DNI N° 79259645 F/N: 02/08/15  
 Dirección: Alto los incas F-3 Peso del R/N: 2.720
- Nombre de la Madre: Clarisel Villena Mejia  
 Nombre del Niño: Facundo Acurio Villena  
 Hcl:254-G DNI N° 79387292 F/N: 11/11/15  
 Dirección: Ayuda mutua T- 5-4 Peso del R/N: 3.080

3. Nombre de la Madre: Julia Censia Ccasa  
 Nombre del Niño: Alex Aldair Gomez Sencia  
 Hcl:4806-B DNI N° 79541825 F/N: 04/01/15  
 Dirección: 1° de mayo C-6 Peso del R/N: 3.500

4. Nombre de la Madre: Pilar Rodriguez Corimanya  
 Nombre del Niño: Jaco Gonzalo Gutiérrez Rodríguez  
 Hcl: 3339-C DNI N° 79060858 F/N: 06/04/15  
 Dirección: los incas Peso del R/N: 3.080

1M	2M	3M	4M	5M	6M
04/02/15 P: 4.500 T:55 Control S.E.T L.M.E.	04/03/15 P: 5.560 T:57.6 Control S.E.T L:M:E.adecuado	08/04/15 P: 6.420 T:59.7 Control S.E.T L.M.E.	05/05/15 P: 900 T:64.1 Control S.E.T Adm. de vacunas L:M:E:	04/06/15 P: 7.200 T:66.6 Control S.E.T L.M.E.	06/07/15 P: 7.450 T:67.5 A moderado

1M	2M	3M	4M	5M	6M
11/12/15 P: 3.020 T:51.4 Control S.E.T L.M.E. Tamizaje VIF	12/01/16 P: 4.200 T:55 Control S.E.T Adm. De vacunas L:M:E. consejería	11/02/16 P: 5.570 T:59 Control S.E.T L.M.E.	12/03/16 P: 6.270 T:61.1 Control S.E.T Adm. De vacunas L:M:E:	11/04/16 P: 6.550 T:62.3 Control S.E.T L.M.E.	12/05/16 P: 7.050 T:69.2 Control S.E.T Adm. de vacunas nutrición Adm. MMN

5. Nombre de la Madre: Alicia Jorge  
 Nombre del Niño: Jeiner Yoshua Huaccanqui Jorge  
 HCL: 2340- B DNI N° 78924889 F/N: 04/01/15  
 Dirección: 1° de mayo Peso del R/N: 3.450

1M	2M	3M	4M	5M	6M
04/02/15 P: 5.100 T:54.2 Control S.E.T  L.M.E. Tamizaje VIF	05/08/15 P: 5.720 T:58.2 Control S.E.T Adm. De vacuna L.M.E.	07/04/15 P: 6.100 T:60.9 Control S.E.T L.M.E.	05/06/15 P: 6.480 T:61.8 Control S.E.T Adm. De vacunas L:M:E:	05/06/15 P: 7.020 T:65 Control S.E.T L.M.E.	06/07/15 P: 7.280 T:64.7 Control Adm. de vacunas L.M.E S.E.T. Adm. De MMN dosaje de HB

1M	2M	3M	4M	5M	6M
13/06/16 P: 3.850 T:51.9 Normal S.E.T. L.M.E.	13/07/16 P: 4.730 T:54.9 Normal S.E.T. Adm. De vacunas L.M.E.	13/08/16 P: 5.380 T:57.5 Control Normal S.E.T L.M.E.	13/09/16 P: 5.930 T:60.2 Control Adm, de vacunas L.M.E. S.E.T.	13/10/16 P: 6.280 T:61.1 Control S.E.T Consejería L.M.E.	14/11/16 P: 6.650 T:62.4 Control Adm. De vacunas Adm. de MMN L.M.E. Alimentación complementaria Dozaje de HB

6. Nombre de la Madre: Edme Magali Ramos Quispe  
Nombre del Niño: Edmer Lina Huanco Ramos  
HCL: 1668- B      DNI N° 81329608      F/N: 24/10/15  
Dirección: los incas c-7      Peso del R/N: 2.670
7. Nombre de la Madre: Zenobia Tauri Tasi  
Nombre del Niño: Shael Fernando Monroy Tauri  
HCL: 1715-C      DNI N° 79901521      F/N: 15/10/16  
Dirección: alto los incas      Peso del R/N: 2.840
8. nombre de la Madre: Tomasa Saire Quispe  
Nombre del Niño: Cinthia Chico Saire  
HCL: 3423- C      DNI N° 79666290      F/N: 12/05/16  
Dirección: Huayracpunco E-5      Peso del R/N: 2,940
9. Nombre de la Madre: Lourdes Pamela Gamarra Lopez  
Nombre del Niño: Ecza Valentina Alvarez gamarra  
HCL: 1446- B      DNI N° 79804206      F/N: 08/08/16  
Dirección: Los incas H-4      Peso del R/N: 3.640

10. Nombre de la Madre: Elizabeth Quispe Mollo  
 Nombre del Niño: Kenneth Josue Zarate Quispe  
 HCL:3433- B      DNI N° 79809154 F/N: 15/08/16  
 Dirección: I.G.V.      Peso del R/N: 3.510

1M	2M	3M	4M	5M	6M
05/12/16 P: 4.280 T:53.8 Control S.E.T L.M.E.	03/01/17 P: 5.230 T:57.9 Control S.E.T Adm. De vacunas L.M.E.	03/02/17 P: 6.050 T:60.1 Control S.E.T L.M.E.	06/03/17 P: 6.760 T:62 Control S.E.T Adm. De vacunas	06/04/17 P: 7.250 T:68.7 Control S.E.T L.M.E.	06/05/17 P: 7.460 T:65.5 Control S.E.T. L.M.E. Adm, de vacunas Adm. De MMN alimentación

1M	2M	3M	4M	5M	6M
06/05/15 P: 3.660 T:50.8 Riesgo nutricional L.M.E. Tamizaje VIP examen de ojos S.E.T.	06/06/15 P: 4.700 T:55 Control S.E.T Adm. De vacunos L.M.E.	07/07/15 P: 5.600 T:57 Control S.E.T L.M.E.	06/08/15 P: 6.170 T:60 Ganancia Inot (p)(t) Adm. De vacunas L:M:E:	07/09/15 P: 6.780 T:63 Control S.E.T  L.M.E.	06/10/15 P: 7.180 T:63.8 Riesgo Nutricional (T) Adm. de vacunas M.M.N. L.M.E .

## AÑO 2016

1. Madre: Ester Verduco Huallpa  
 Niño: Israel Oliver Apaza Verduzco  
 DNI N° 79617792                      F/N: 13/04/16                      HCL: 3477-G  
 Dirección: B- Vista J-7                      Peso R/N: 3.580

2. Madre: Rusbel Nadine Champi Yuca  
 Niño: Seth Sehnadinger Salcedo Chambi  
 DNI N° 79798543                      F/N: 03/08/16                      HCL: 1301-B

Dirección: Ayuda mutua    Peso R/N: 3.080

1M	2M	3M	4M	5M	6M
16/09/16 P: 4.320 T:55.3 Control S.E.T L.M.E. Lactancia materna Lavar las manos	17/10/16 P: 5.670 T:58.1 Control Adm. De vacunos S.E.T. Consejería de L.M.E. Lavado de manos	16/11/16 P: 6.780 T:64 Control S.E.T .consejería de L.M.E,	19/12/16 P: 7.140 T:64.9 Adm. de S.F. Control S.E.T. Administración de Vacunas Consejerías de L.M.E.	18/01/17 P: 7.720 T:66.2 Control S.E.T. Lactancia Materna Exclusiva	18/02/17 P: 8.320 T:68.2 Control S.E.T Adm. de vacunas Adm. de MMN Adm de S.F. Alimentación complementario

1M	2M	3M	4M	5M	6M
11/04/16 P: 3.860 T: 50.3 Control S.E.T L.M.E. Tamizaje VIF.	10/05/16 P: 4.840 T: 55.2 Control S.E.T L.M.E. consejería Adm. De vacunas	10/06/16 P: 5.620 T:57.2 Control: S.E.T. L.M.E.	12/07/16 P: 6.800 T: 58.5 Control S.E.T. L.M.E. Adm. De vacunas	10/08/16 P: 6.700 T: 61.3 Control S.E.T. L.M.E.	12/09/16 P: 7.190 T: 64.1 Control S.E.T. Adm. De vacunas Adm. De chispitas L.M.E. Alimentación completa

1M	2M	3M	4M	5M	6M
14/09/16 P: 4.540 T:54.3 Control S.E.T L.M.E.	16/10/16 P: 6.160 T:57.2 Control Adm. De vacunas S.E.T L.M.E.	16/11/16 P: 7.510 T:67.2 Control S.E.T L.M.E.	16/12/16 P: 8.750 T:68.5 Control S.E.T Adm. De vacunas L.M.E. consejería	15/01/17 P: 9.640 T:69.7 Control S.E.T L.M.E.	15/02/17 P: 10.430 T:67.9 Control Adm, de vacunas Adm. De MMN L.M.E. alimentación complementario Dozaje de HB

**AÑO 2017**  
**REGISTRO DE ASISTENCIA A CONSEJERÍAS Y SEGUIMIENTO**  
**DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA NIÑOS MENORES DE 6**  
**MESES**

1. Nombre de la Madre: Yenifer Gomez del castillo  
 Nombre del Niño: Daniel Huamani Gomez  
 HCL:3982-D      DNI N° 78469836      F/N: 03/02/2017  
 Dirección: Los incas B-1-1      Peso del R/N: 3.330  
 T:51

1M	2M	3M	4M	5M	6M
07/03/17 P: 2.990 T: 52 Técnicas sobre Lactancia Materna	07/04/17 P: 3.580 T: 54.4 Consejería lavado de manos antes y después de la L.M. E.	29/05/17 P: 4.890 T:60 Mayor frecuencia de L.M.E.	09/06/17 P: 5.030 T: 61 Consejería eventual con más frecuencia en L.M.E.	08/07/17 P: 6.650 T: 62.8 Consejería lavado de manos preparación de lactancia	08/08/17 P: 6.860 T: 63.6 Consejería Lactancia adecuado

2. Nombre de la Madre:  
 Nombre del Niño:  
 HCL:8226- B      DNI N° 79966664      F/N: 01/12/16  
 Dirección: Urb. los incas K -1-6      Peso del R/N: 3.220      T:50.25

1M	2M	3M	4M	5M	6M
04/07/17 P: 4.360 T: 52.1 Consejería L.M.E.	04/08/17 P: 5.800 T: 58.2 L.M.E. cada 24 horas y practicar lavado de manos	06/09/17 P: 6.780 T:62.3 Brindar L.M.E. a libre demanda	05/10/17 P: 7.350 T: 64.5 Lavado de manos y seguir con L.M.E.	06/11/17 P: 7.800 T: 65.3 Cuidado en inicio de ablactancia	05/12/17 P: 67.8 T: 8.350 Alimentación completando

3. Nombre de la Madre: Luz Elena Champi Romero  
 Nombre del Niño: Marcelo Condori Champi  
 HCL:8926-C      DNI N° 90254752      F/N: 04/06/17  
 Dirección: Ayuda mutua J-3-2      Peso del R/N: 3.050      T:50

4. Nombre de la Madre:

Nombre del Niño:

HCL:3524-B DNI N° 90254121 F/N: 04/06/17

Dirección: Ucchullo grande P-17 Peso del R/N: 3.190

T:50

5. Nombre de la Madre: Nieves meza Churata

Nombre del Niño: Zurisarai Sanchez Meza

HCL:1872-B DNI N° 78765623 F/N: 09/09/16

Dirección: IGV- H-13 Peso del R/N: 3.400 T:50

6. Nombre de la Madre: Elisa Yauri

Nombre del Niño: Alex Samuel Leon yauri

HCL:1872-B DNI N° 40194845 F/N: 27/04/17

Dirección: 1° de mayo H-8 Peso del R/N: 3.330 T:50

1M	2M	3M	4M	5M	6M
14/10/16 P: 5.200 T: 51.5 L.M.E. Lavado de manos	11/11/16 P: 6.160 T: 54.2 lavado de Manos y L.M.E.	12/12/16 P: 7.480 T: 58.0 temprano seguir con L.M.E.	13/018/17 P: 8.570 T: 64.8 Seguir con L.M.E. y lavado de manos	11/02/17 P: 8.640 T: 67.4 Seguir con L.M.E.	12/05/17 P: 93.90 T: 67.8 Alimentación complementario de 3- 4 cucharaditas

1M	2M	3M	4M	5M	6M
05/07/17 P: 4.020 T: 52.5 Consejería menor frecuencia de L.M.E.	06/08/17 P: 5.200 T: 56.2 Consejería cuidado, post vacunal L.M.E.	06/09/17 P: 6.230 T:60 Consejería continuar con L.M.E. y lavado de manos y pezones	06/10/17 P: 6.930 T: 62.7 consejería practica de lavado de manos L.M.G.	04/11/17 P: 7.750 T: 63.4 consejería adecuaciones por recibir ablactación	04/12/17 P: 8.360 T: 66.2 Alimentos consistentes y L.M.E. Complementaria