



PRIMERA REVISTA VIRTUAL DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA EN PROYECCION SOCIAL

VOLUMEN I



“CENTINELAS DE
LA CIENCIA”





FACULTAD DE ENFERMERIA

RECTOR

Dr. Jesús Pomachagua Paucar

VICERRECTOR ACADEMICO

Dr. Jorge Castro Bedriñana

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Dr. Carlos Prieto Campos

FACULTAD DE ENFERMERIA

DECANA

Lic. Ana Girón Vargas

JEFE DE DEPARTAMENTO

Lic. Carmen Samaniego Durand

PRESIDENTE DE ASUNTOS ACADEMICOS

Lic. Nola Núñez Samaniego

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACION

Mg. Gustavo Acevedo Gonzáles

DIRECTORA DE LA OFICINA DE EXTENSION UNIVERSITARIA

Lic. Mónica Porras Iparraguirre

COMITÉ EDITOR

ASESORES

Dr. Hugo Meza Victoria

Lic. Antonia Enero Ortega

GRUPO MONOVALENTE DE PROYECCION SOCIAL

“LOS CENTINELAS DE LA CIENCIA”





INDICE

EDICIÓN DE LA REVISTA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

AVANCES DE LA CIENCIA DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA DISCIPLINA

Pag. 26

APRENDIENDO A ELABORAR UNA LONCHERA ESCOLAR NUTRITIVA Y SALUDABLE EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL 315-HUANCAYO - 2010

Pag. 11

FRECUENCIA DE USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES Y LA DESCRIPCION DE SU USO EN PACIENTES DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE CUSCO

Pag. 27

LA RESISTENCIA A LA INSULINA ESTÁ VINCULADA CON UNA BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

Pag. 14

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ACUDEN AL CLAS AUQUIMARCA- CHILCA 2012”

Pag. 15

MODULO EDUCATIVO SOBRE NUTRICIÓN FAMILIAR -PUCARA

Pag. 31

REVISTA VIRTUAL DEL MUSEO ANTROPOLOGICO DE LA CULTURA ANDINA DE LA UNCP

Pag. 19

EL DÉFICIT DE YODO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DISMINUYE EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE SUS HIJOS

Pag. 32

PROMOCIONANDO FAMILIAS Y VIVIENDAS SALUDABLES EN LA COMUNIDAD DE HUACRAPUQUIO

Pag. 20

VIGILANDO LA NUTRICIÓN Y LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LA COMUNIDAD DE 09 DE JULIO - CONCEPCIÓN”

Pag. 34

Pag. 25

INDICE

	IDENTIFICAN UNA MUTACIÓN QUE PROTEGE FRENTE AL RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA	Pag. 51
SORDERA PROVOCADA POR LA OBESIDAD		Pag. 38
ORIENTACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A LAS MADRES DEL VASO DE LECHE SECTOR V - CAJAS CHICO	CONSERVACIÓN Y CUIDADO PERMANENTE DEL ÁREA DEL FOLKLORE Y MÚSICA DEL MUSEO ANTROPOLÓGICO DE LA CULTURA ANDINA DE LA UNCP	Pag. 52
FORTALECIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS SALUDABLES EN EL BINOMIO MADRE-NIÑO DEL ANEXO DE RAQUINA-DISTRITO DE PUCARA	HACIA UN BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL INFANTE DEL DISTRITO DE QUILCAS	Pag. 53
FORTALECIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL OBSERVATORIO DE POLITICAS PUBLICAS	VARICELA COMPLICADA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA, PERÚ 2001-2011	Pag. 54
INFORMACIÓN GENERAL Y MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA NUEVA GRIPE A (H1 N1)	SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LAS ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DISTRITO DE ACOLLA - 2012	Pag. 59
PERSECUCIÓN ESTRATÉGICA DEL DELITO		Pag. 50



INDICE

EMPLEO DE PLANTAS MEDICINALES EN
USUARIOS DE DOS HOSPITALES REFEREN-
CIALES DEL CUSCO, PERÚ

Pag. 62

ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y ALIMENTA-
CIÓN COMPLEMENTARIA / UN PUNTO DE
PARTIDA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE
03 AÑOS; EN EL DISTRITO DE PACA - ANEXO
DE YANACANCHA

Pag. 70

INCENTIVAR LA PLANIFICACION FAMILIAR
EN LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PRO-
GRAMA DE VASO DE LECHE EN EL DISTRI-
TRO DE HUALHUAS - 2012

Pag. 72

HISTORIA DE LA CREACION DEL LOGO DE
LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Pag. 74

HIMNO A LA ENFERMERA

Pag. 79

DIA DE LA ENFERMERA PERUANA

Pag. 80

EDITORIAL

Esta edición se fundamenta en el renacimiento y revaloración de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Del Centro Del Perú donde el grupo las “THE SENTINELS OF THE SCIENCE”, tienen como objetivo rescatar la representatividad que nuestra Facultad tiene y ha tenido anteriormente, contamos con artículos de diversos temas interesantes, editados por docentes y otros se basan en una ardua búsqueda, recuperación y recopilación; basados en datos históricos .

También abordamos hechos importantes de la trayectoria de la Facultad desde su creación hasta la fecha actual y el avance en acreditación. Resaltamos el talento humano de líderes enfermeros con grados de magister y doctorado que sacan adelante el nombre del profesional de enfermería ocupando importantes cargos en nuestra alma mater y en la sociedad; así mismo la gran mayoría de los huancaínos desconocemos el resultado de las investigaciones que estudiantes, bachiller y egresados aportan a la sociedad con grandes proyectos de investigación y extensión universitaria, cumpliendo las funciones de la universidad y apoyando al desarrollo de la población.

Los editores



RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ



La Universidad Nacional del Centro del Perú, cumplió 53 años de vida institucional, académica y científica al servicio del desarrollo social, como la feliz culminación de un largo proceso histórico, y emprendedora y líder en la región centro del país.

Origen, fundación y crecimiento:

El primer lejano paso para la constitución de la UNCP, se remonta a la década de los veinte, en una época en que la realidad social y educativa constituía un valor fundamental en el Valle del Mantaro del departamento de Junín, y el hombre del mundo andino, con sus propias concepciones, valoraba la educación como la esencia de su formación y la proyectaba para las nuevas generaciones.

Por estos años, y más exactamente hasta 1917, en el Perú funcionaban sólo cinco universidades: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Pontificia Universidad Católica del Perú, UNL, UNAS, UNSAC y dos Escuelas: la de Ingenieros Civiles y de Minas y la Escuela Nacional de Agricultura y Veterinaria; y en Junín, a la margen izquierda del Río Mantaro progresaban dos importantes colegios, en la ciudad de Jauja en el extremo norte, el Colegio Nacional "San José", y en el extremo sur, en la ciudad de Huancayo ubicado en un lugar más abierto y estratégico el Colegio Nacional "Santa Isabel", siendo estos los únicos colegios importantes en el centro del país.

Pero el hecho definitivo que marco para siempre la educación en el centro del país se llevó a cabo un 14 de Julio de 1919, cuando la juventud universitaria residente en Lima, agrupada en el Centro Huancayo, y dirigidos por el inquieto Federico Bolaños Díaz, decide establecer en sus estatutos: *No dar descanso a su brazo ni reposo a sus almas hasta lograr una universidad en el Valle del Mantaro.*

Ya en 1928 y hacia 1930, surge en forma definitiva la necesidad de crear la Universidad Nacional de Junín con sede en la ciudad de Huancayo. Así, el 25 de julio de 1942 se conforma la Comisión Organizadora de un Comité Pro Universidad Nacional de Junín, consolidándose un 25 de noviembre de 1945, con la participación activa de Manuel Chumpitaz, Toribio Ramírez, José Janampa y Vicente Portocarrero.

En Huancayo, el 05 de marzo de 1959 se renueva el Comité Pro Universidad Nacional de Junín, y son elegidos como representantes un grupo de personas muy conocidas siendo su organización como sigue: Presidente; Jesús Veliz Lizárraga, como Vicepresidente Alejandro Aliaga, como Secretario del Interior Guillermo Navarro M., como Secretario de Cultura Oswaldo Espinoza V., como Secretario de Economía Jesús Lizárraga G., como Secretario de Organización Luis Vásquez, como Secretario de Prensa y Propaganda Abel Bonnett y como Secretario de Disciplina Marino Lahura, invitando este mismo año al Dr. Javier Pulgar Vidal y a Moisés Ortega R. Fundador del Colegio Comunal de Acolla, a formar parte de la idea de crear una universidad propia y particular.

Con toda esta información reunida, Pulgar Vidal descartó ideas y optó por la que en ese momento parecía la mejor alternativa, la creación de una Universidad Comunal del Perú, luego de lo cual invitarían a las comunidades campesinas, quienes representados en la persona del dirigente de la Zona Altina, el líder comunal Elías Tácu-nan Cahuana, conformarían el Comité Pro Universidad Comunal del Perú. De otro lado, para darle respaldo al nuevo proyecto se invitó también a instituciones, asociaciones, sindicatos, clubes, empresas, municipalidades, la banca, el comercio y a personas individuales, con el lema: "La Universidad Hablará por la Cultura del Pueblo".

Así, después de tanto esfuerzo, lucha y sudor derramado, finalmente un 10 de mayo de 1959 la Universidad Comunal del Perú es fundada por decisión y esfuerzo popular en reunión masiva habida en el Salón de actos del antiguo colegio "Santa Isabel" de Huancayo, y el 30 de agosto de ese mismo año entregan la Minuta de Constitución de la Universidad Comunal del Perú al Notario Público, Marino Lahura Olivo, para elevarse a Escritura Pública archivado bajo el No.276.



RECTOR: Dr. Jesús Pomachagua Paucar

RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ



que se registró por los Estatutos y Reglamentos que se aprueban posteriormente y para formar parte de esta escritura después de su aprobación por las autoridades del Ministerio de Educación Pública..."Pero aún había más por escribir en esta historia. Así, en diciembre de ese año, se hace el reconocimiento oficial de la Universidad Comunal del Perú, de acuerdo con la Escritura de Constitución el Gobierno expidió el Decreto Supremo No.46 el 16 de diciembre de 1959 a través del cual se reconoce la fundación y autoriza el funcionamiento de la Universidad Comunal del Centro del Perú, la que tendrá carácter de Universidad Particular con sede en la ciudad de Huancayo; decreto firmado por el Presidente de la República Manuel Prado y su Ministro de Educación Pública José Rubio. Por ello, que la partida de nacimiento es de UNIVERSIDAD COMUNAL DEL CENTRO DEL PERÚ.

La Universidad Comunal se convierte en Universidad Nacional del Centro del Perú el 02 de enero de 1962, mediante Ley N° 13827 promulgada por el congreso, quien dicha institución estará regida por la ley universitaria N° 13417 en ese entonces entraron en funcionamiento de doce facultades, agrupadas bajo criterios tecnológicos de desarrollo y promoción, estas facultades son; Facultad de Ciencias Geográficas y Planeamiento, Facultad de Recursos Naturales, Facultad de Zootecnia, Facultad de Acuicultura y Oceanografía, Facultad de Ingeniería Industrial, Facultad de Economía, Estadísticas y Finanzas y Cooperativas, Facultad de Administración Pública y Privada, Facultad de Contabilidad, Comercio y Cálculo Actuarial, Facultad de Ciencias Sociales y Seguridad Social, Facultad de Educación Comunal, Facultad de Arquitectura Social.

filosofía y proyecciones obedecen a estudios previos de la realidad nacional y regional, basándose principalmente en:

1. Realidad universitaria en el Perú y América Latina.
2. Situación social y económica del Perú.
3. Necesidades integrales de la región central del país.

Perú al Notario Público, Marino Lahura Olivo, para elevarse a Escritura Pública archivado bajo el No.276.

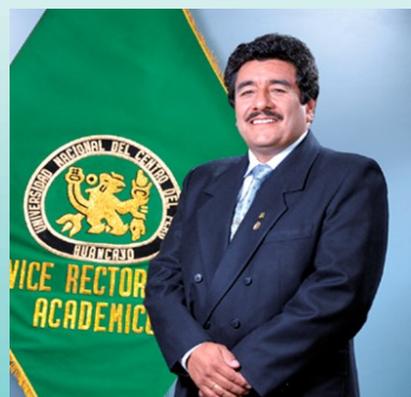
Con los resultados obtenidos de este estudio se delimitan las Facultades de la Universidad Comunal, en función de su medio y ubicación en diversos lugares del país, con el propósito de promover el desarrollo de los pueblos y las comunidades, se crearon las siguientes facultades:

1. Facultad de Ciencias Geográficas y Planeamiento.
2. Facultad de Recursos Naturales.
3. Facultad de Ciencias Forestales.
4. Facultad de Zootecnia.
5. Facultad de Acuicultura y Oceanografía.
6. Facultad de Ingeniería Industrial.
7. Facultad de Economía, Estadística y Finanzas.
8. Facultad de Administración Pública y Privada.
9. Facultad de Contabilidad, Comercio y Cálculo Actuarial.
10. Facultad de Ciencias Sociales y Seguridad Social.
11. Facultad de Educación Comunal.
12. Facultad de Arquitectura Social.

La historia, aún tiene mucho que decir, y nosotros con ella, la UNCP seguirá creciendo y albergando cada vez a más jóvenes deseosos de convertirse en profesionales que de alguna forma puedan retribuir todo lo aprendido en favor del desarrollo social y apoyo a su comunidad. Como en alguna oportunidad lo manifestara Javier Pulgar Vidal: "Una esperanza del pueblo ha alcanzado su realización, hemos puesto lo mejor de nosotros mismos, la dedicamos al Perú. La Universidad Comunal del Centro debe quedar para las generaciones venideras".

Comunal de Acolla, a formar parte de la idea de crear una universidad propia y particular.

Con toda esta información reunida, Pulgar Vidal descartó ideas y optó por la que en ese momento parecía la mejor alternativa,



VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: Dr. Carlos Prieto Campos

RESEÑA HISTORICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

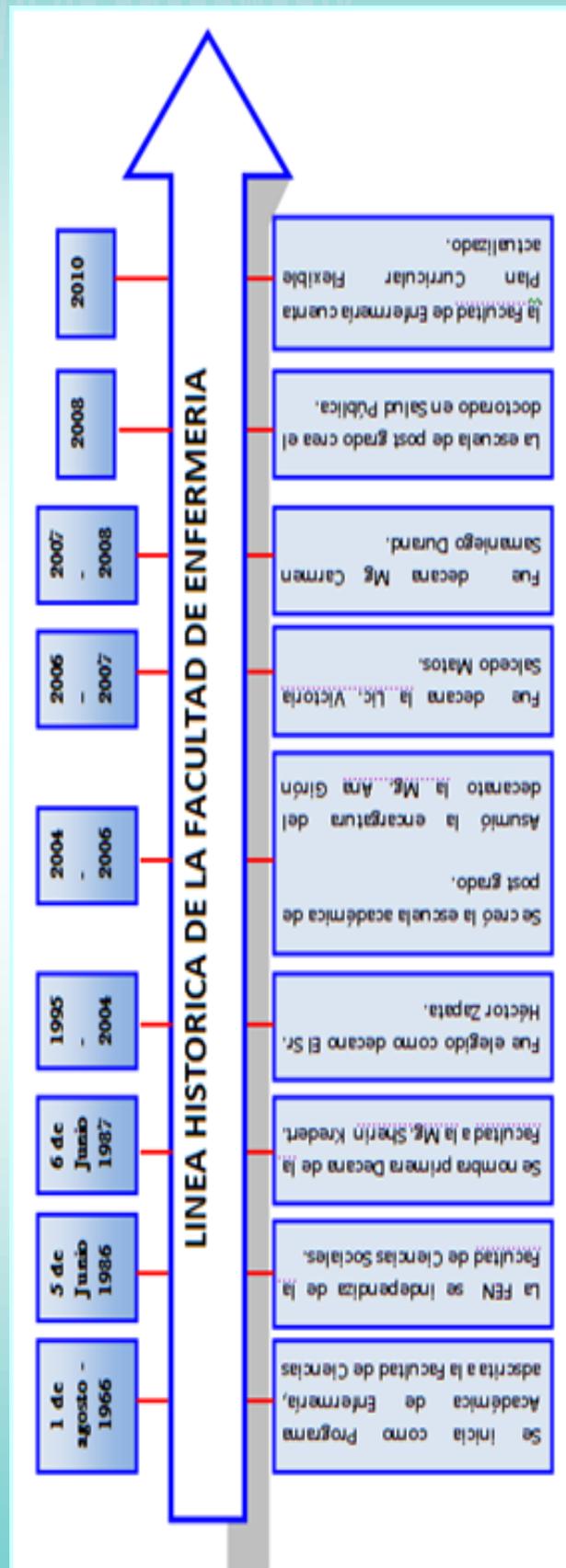


La Facultad de Enfermería inicia su funcionamiento, un primero de agosto de 1966 como Programa Académica de Enfermería, adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales, por la necesidad de formar profesionales que respondan a la realidad social de nuestro país. En sus inicios estuvo adscrita a la Facultad de Ciencias Sociales y tenía la condición de Escuela Académica de Enfermería, siendo su primera directora la Lic. Yeny Jordan Palomino y contando con una plana docente conformada por las enfermeras: Ruth de Otto, Reina Soto, Berta Muro, Vilma Luna, Marta Dávila, nuestra recordada profesora Lic. Felicia Cajacuri de Vilcahuamán así como la Lic. Sherin Kredert de Priale. Habiendo éstas dignas y eficientes docentes formado promociones de profesionales que laboran en diferentes hospitales, Centros de Salud, ONGS y en nuestra Facultad. El 5 de Junio de 1986 la Escuela, exactamente cuando se realizaba el I Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería en nuestra ciudad organizada por la universidad, se independiza de la Facultad de Ciencias Sociales; el 6 de Junio de 1987 se nombra como primera Decana de la Facultad a la Mg. Sherin Kredert de Priale. Más tarde la Lic. Natividad Zuasnarbar fue Decana de la Facultad de Enfermería y Medicina Humana. Cabe resaltar que la Facultad de Medicina Humana nace adscrita a la Facultad de Enfermería en el año 1990, pero luego se independiza. En el año 1995 fue elegido como decano El Sr. Héctor Zapata durante un periodo que culminaría en el 2004.

En el 2004 se creó la escuela académica de post grado que brinda el grado de maestría cuyas fundadoras fueron: Mg. Victoria Ancasi, Lic. Norma Jaime, Lic. Nelly Quispe, Mg. Alicia Merino, Mg. Rossana Scarsi; en el mismo año asumió la encargatura del decanato la Mg. Ana Girón Vargas hasta el 2006, luego la Lic. Victoria Salcedo del 2006 - 2007, continuando del 2007 al 2008 la Mg Carmen Samaniego Duran en este periodo se realiza un cambio en la metodología de estudio, para el año 2008 la escuela de post grado crea el doctorado en Salud Pública con la participación de la Mg. Alicia Merino, Mg Rossana Scarsi y Lic. Guillermina Pérez y regresa al cargo la Mg Ana Girón Vargas; como decana encargada, en el año 2008 al 2009 asume la encargatura del decanato Mg Carmen Samaniego Duran, del mes de enero del 2009 hasta el mes de julio del 2010 regresa al cargo la Mg Ana Girón Vargas, luego del mes de agosto del 2010 hasta marzo del 2011 la Mg Carmen Samaniego Duran, luego del mes de junio del 2011 hasta junio del 2012 asumió encargatura de decanato la Lic. Victoria Salcedo Matos y del mes de julio del 2012 como decana titular en la actualidad la Dra. Ana Girón Vargas.

Para el 2010 la Facultad de Enfermería cuenta Plan Curricular Flexible actualizado, de acuerdo a las exigencias de la sociedad, lo que contribuirá en la mejor formación de profesionales competitivos e innovadores, orientados por la visión y misión institucional.

Actualmente en el año 2012, se cuenta con un nuevo plan curricular flexible.



MISION



VISION

Misión de la Facultad de Enfermería

Formar profesionales líderes en Enfermería con alto nivel científico, ético y humanístico; competentes en las funciones de investigación, docencia, administración y asistencial; comprometidos mediante la proyección social al desarrollo sostenible de la región y el país.

Visión de la Facultad de Enfermería

Ser Facultad acreditada de ciencia y tecnología con cultura organizacional orientada a la persona con tendencia fuerte, líder en la promoción del desarrollo. Formadores de profesionales con excelencia académica que respondan a las exigencias de la sociedad.

MISION



VISION

Misión de la Dirección de Proyección Social y Extensión Universitaria

Encaminar y desarrollar acciones de responsabilidad social de la Facultad de Enfermería orientada a los grupos de interés al interior y exterior de la universidad coadyuvando al desarrollo sostenible y sustentable de la región mediante el diseño y puesta en marcha de planes, programa y proyectos dirigidos a buscar la articulación, integración e interacción de la Facultad con el contexto.

Visión de la Dirección de Proyección Social y Extensión Universitaria

Proyección Social y Extensión Universitaria generadora de impactos positivos en el campo social y medio ambiente, consolidando dando vínculo y estrategia de la relaciones universidad—contexto y como fundamento de las interacciones en la solución de sus problemas y alternativas de cambio



PROYECTOS DE LA FACULTAD

DE

ENFERMERIA

Y

ARTICULOS CIENTIFICOS REFERENTES EN SALUD



AVANCES DE LA CIENCIA DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA DISCIPLINA

INTRODUCCIÓN

La diversa y activa producción científica de enfermería ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina ciencia de la enfermería, lo que también ha permitido que la disciplina adquiera más fuerza y notoriedad. La disciplina de enfermería en los últimos 50 años se ha visto en un proceso desde el desarrollo de la teoría, seguido de la síntesis, pasando por el desarrollo de conceptos y, en estos últimos tiempos, en el debate de la integración. La comprensión de las dimensiones del desarrollo disciplinario y teórico que se ha alcanzado hasta hoy en día ha sido poco difundida o de limitada comprensión en Sudamérica por una variedad de razones.

Este artículo tiene como fin exponer el desarrollo disciplinario hasta hoy; para ello, en primer lugar, se discutirá sobre el estado de la disciplina de enfermería y cuáles son sus elementos más relevantes; en segundo lugar, cómo está situada la ciencia de enfermería y qué alcances representa; y por último, el futuro que presentan en este siglo la disciplina y la ciencia de enfermería, es decir, cuál es su dirección y sus implicancias.



DISCIPLINA DE ENFERMERÍA Y SU EVOLUCIÓN

El concepto de disciplina de enfermería empieza a ser introducido en los años 1950 en EE.UU., con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión. En las décadas del 60 y 70, con el desarrollo de programas de postgrado de enfermería se inicia la indagación y reflexión que permite confeccionar marcos conceptuales y una preparación educacional de enfermeras/os para la investigación, iniciándose así un desarrollo disciplinario de incorporación de conocimientos desde otras disciplinas, produciéndose un fuerte optimismo en el proceso de enfermería y en el método científico. No obstante, desde que se publicó los patrones fundamentales del conocimiento de enfermería, se produjo un cambio en donde se reconoce el conocimiento práctico, personal y la intuición, los cuales forman parte de un conocimiento de enfermería más amplio que ha producido un impacto en la disciplina, permitiendo una concepción desde varios paradigmas o visiones que representan a enfermería actualmente.



La disciplina de enfermería será definida por su estructura, su perspectiva, su dominio, o su foco, y se reconoce que tiene una lógica y un proceso cognitivo que es aceptado por los miembros o comunidad: una disciplina proporciona una visión del mundo en el cual el fenómeno es revelado, organizado, entendido e interpretado. De este modo, si una disciplina proporciona la perspectiva única de ver el fenómeno y los límites que definen la naturaleza de las preguntas involucradas, entonces la disciplina de enfermería comprenderá no sólo a aquellas teorías que sirven para describir, explicar y prescribir sino también incluiría los hallazgos de investigación relacionados con el fenómeno central de una disciplina y de otras disciplinas que son esenciales para el funcionamiento de los miembros de ésta.

En síntesis, la disciplina de enfermería permite entonces clarificar y determinar, dentro de sus límites: qué tipo de conocimientos buscamos, qué valores tenemos, qué hacemos, creemos y compartimos los miembros de la comunidad de enfermería para que podamos también ser entendidos por la comunidad más amplia.





EVOLUCIÓN

De los tiempos de Nightingale (1820-1910), en su libro *Notas de Enfermería* asumía el tomar cargo de la salud de la persona o individuo y situarlo "lo mejor posible", y permitir que la naturaleza actúe. Esta descripción sirvió para clarificar el concepto de salud y ambiente, dos conceptos centrales en enfermería. Posteriormente, otras definiciones fueron hechas; asociando el único rol de enfermería y pacientes con el rol del cuidado, y cuando los pacientes no son capaces de cuidarse por sí mismos debido a problemas de salud, las enfermeras proporcionan ese cuidado. Otras teoristas definieron enfermería como un sustantivo o verbo que significaba "saber", considerando que la práctica de enfermería no es enfermería, sino más bien es el uso del conocimiento de enfermería para una mejoría de los seres humanos o como una disciplina, es decir, a la práctica de la cual es una ejecución como arte. En general, ha sido difícil precisar qué se entiende por enfermería, y en la realidad diaria muchas enfermeras ni siquiera se lo cuestionan.

La Asociación de Enfermeras Norteamericanas – American Nursing Association (ANA) – definió enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales. Esta definición dio origen a la evidencia de enfermería profesional a través de las taxonomías y las intervenciones de enfermería, como también significó reforzar el concepto esencial de enfermería en la salud de los individuos.

La ciencia de enfermería incipiente ha sido comprendida desde el desarrollo de conocimiento tradicionalmente científico-empírico que trata de relacionar los hechos sistemáticamente dentro de teorías. Desde esa perspectiva, varias teoristas de enfermería iniciaron la construcción de teorías para entender el fenómeno de enfermería y cómo se podía explicar y predecir. En esta evolución de los últimos tiempos ha habido debates filosóficos y teóricos que han provocado un mayor interés en la búsqueda de la naturaleza del conocimiento de enfermería y sobre si ésta debe ser concebida como una ciencia básica, aplicada, y/o práctica. Como consecuencia, se ha producido una distinción de dos grupos de creencias de las científicas en enfermería; por un lado, un grupo basado en la visión tradicional de ciencias, es decir, una ciencia basada en la testificación de teorías para explicar y predecir el(los) fenómeno(s) de enfermería y, por otro lado, un grupo de científicas que ha sido influido por los nuevos paradigmas humanistas de investigación más recientes usados por enfermería, como son el interpretativo, crítico, postmoderno, feminista y postcolonial.

Estos últimos sostienen que debe haber consistencia en declarar la ciencia de enfermería como ciencia humana y que la naturaleza de su conocimiento es la interpretación, construcción/de construcción, transformación, más que la búsqueda de la explicación y predicción. Es decir, una ciencia más cercana a la comprensión de todos los fenómenos de los seres humanos en la experiencia de salud, que abarque el entendimiento de fenómenos como los de la intuición, de la experiencia, de la percepción, de la conciencia, de la subjetividad, de las múltiples realidades, etc. Por lo mencionado, hoy en día enfermería como ciencia avanza entre dos claros paradigmas en su comunidad científica investigativa: de la totalidad y de la simultaneidad, o como visiones del mundo caracterizadas por lo particular determinista, lo integrativo-interactivo; y lo unitario-transformativo. Actualmente, la ciencia de enfermería se encuentra avocada en buscar las diferencias en las conceptualizaciones sobre qué es y no es. En una indagación de su significado en que revisó la producción de las principales teoristas, y de los resultados empíricos del uso de ciencia y la relación con definiciones de ellas, se pesquisó una clara dificultad en sus definiciones y su uso en la investigación. Por ejemplo, una de ellas dice que "la ciencia de enfermería es un cuerpo de conocimientos discreto e identificable que comprende paradigmas, marcos conceptuales y teorías... Esta estructura se cubre por los paradigmas de la totalidad y simultaneidad. Estos paradigmas compiten mutuamente con perspectivas exclusivas de la interrelación de universo humano, salud, y del fenómeno central de enfermería".

En otras palabras, el concepto y determinación de qué es ciencia de enfermería sigue en elaboración, y se puede sintetizar que es el conocimiento creado y delimitado en la disciplina, valorado y aplicado por enfermeras para producir un beneficio en la práctica, que resuelva las preguntas relevantes de la práctica, y que guíe la investigación en el campo propio de los cuidados de enfermería y de salud de las personas, familias y comunidades.





FUTURO DE LA DISCIPLINA Y CIENCIA DE ENFERMERÍA

La proyección del desarrollo de la ciencia de enfermería a través de las teorías para el año 2015 muestra que habrá un tipo de teorías que se desarrollará para describir, explicar o predecir un fenómeno dentro de un contexto explicatorio o descriptivo específico (área práctica), y habrá otro tipo de teorías que las enfermeras desarrollarán que son las prescriptivas y estas teorías reflejarán la guía para los cuidadores y para proveer ciertas acciones apropiadas. No obstante, el debate está abierto y la controversia sigue ya que los patrones de conocimientos actuales desafían a la ciencia de enfermería a crear una nueva visión, en que algunos modelos y teorías de enfermería llegarán a ser obsoletos o aún más extinguirse. Frente a este debate, la ciencia de enfermería debería salir fortalecida en la forma de cómo pensar en enfermería, y vendrá una nueva generación denominada productores culturales de enfermería, de esta forma, un nuevo movimiento de teóricas emergerá usando los diversos paradigmas en la búsqueda de conocimiento de enfermería relacionado con su único fenómeno concerniente: el ser humano-universo-proceso de salud.

CONCLUSION

Enfermería ha evolucionado como disciplina, sin embargo, en la comunidad de enfermeras muchas veces no se conocen los avances. La revisión de literatura de la ciencia de enfermería y de la disciplina será abordada para distinguir la evolución y desarrollo de ambas, situando su comprensión y terminología. Se describe los aspectos futuros y los desafíos tanto para la comunidad de enfermería global como para la local de nuestra región sudamericana.



**PROYECTOS DE PROYECCIÓN SOCIAL Y
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA**

**APRENDIENDO A ELABORAR UNA
LONCHERA ESCOLAR NUTRITIVA
Y SALUDABLE EN LA INSTITU-
CIÓN EDUCATIVA INICIAL 315-
HUANCAYO - 2010**

Asesora: Lic. Luz Orihuela Ortiz

Ejecutores:

Moreno Orihuela, Bertha

Ricapa Yauri, Dina Jael

Institución Beneficiaria:

La Institución Educativa Inicial N° 315 del Distrito de Huancán, cuenta con un total de 80 alumnos, 2 docentes, 1 auxiliar, 1 personal de servicio y una asociación de Padres de Familia.

Objetivo:

- Desarrollar capacidades en la adecuada elaboración de una lonchera nutritiva y saludable en las madres de familia de la I.E. N° 315 - Huancán, y así contribuir a la disminución de la desnutrición infantil en los niños de la región Junín.

Metas logradas:

Se logró desarrollar capacidades en la adecuada elaboración de una lonchera nutritiva y saludable en el 85% de padres de familia. El 15% todavía tiene deficiencias.

Conclusiones:

Es importante y necesario el proyecto sobre lonchera nutritiva y saludable, ya que aporta un gran conocimiento en los padres de familia en la comunidad.



Coordinación con los miembros de la institución educativa.



Participación activa de las madres de familia.



Se observa la lonchera saludable y nutritiva.

LA RESISTENCIA A LA INSULINA ESTÁ VINCULADA CON UNA BAJA PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA

Hasta ahora la insulina no ha sido considerada un factor directo en la regulación de la leche materna, ya que las células que se encuentran en la glándula mamaria no necesitan azúcar para desempeñar sus funciones.

Sin embargo, un reciente estudio, liderado por el Cincinnati Children's Hospital Medical Center y la Universidad de California (ambos en EEUU), refleja que la insulina regula otros factores además de la absorción de azúcares.

De hecho, en una investigación anterior, conducida por Laurie A. Nommsen-Rivers, científica del hospital estadounidense y autora principal del estudio, mostraba que las madres con indicios de diabetes, sobrepeso, avanzada edad materna o exceso de peso del bebé, necesitaban más tiempo para poder generar leche, lo que sugería una influencia negativa de una mala regulación de la insulina.

Los nuevos resultados concluyen que la glándula mamaria es mucho más susceptible a la insulina durante el proceso de lactancia. Para Nommsen-Rivers, consideró que el 20% de las mujeres entre 20 y 44 años son prediabéticas, es posible que hasta un 20% de las nuevas madres en EEUU estén en riesgo de no poder ofrecer una apropiada cantidad de leche debido a la insulina.

Los investigadores analizaron en muestras de leche materna el ARN de las glándulas mamarias. Así, descubrieron una activación y desactivación orquestada de varios genes.



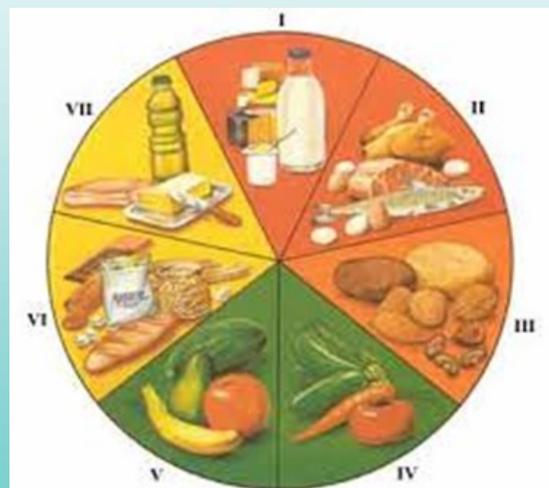
que facilita que las glándulas mamarias pasen de segregar pequeñas cantidades de calostro en los primeros días tras el parto a una abundante producción de leche después.

Esta investigación demuestra una severa activación del receptor de la insulina que transforma el pecho materno en una 'biofábrica' que elabora grandes cantidades de proteínas, grasas y carbohidratos para la alimentación del recién nacido.

En particular, los autores estudiaron el gen PTPRF, que suprime las señales intercelulares que se activan habitualmente por la insulina uniéndolo a su receptor en la superficie celular, y observaron que puede actuar como biomarcador al asociar la resistencia a la insulina con la insuficiencia de leche.

Tras demostrar el efecto de la insulina sobre la glándula mamaria, el equipo científico planea un ensayo clínico con el uso de un fármaco para controlar la cantidad de azúcar en la sangre en los casos de diabetes tipo 2. Con esto los investigadores pretenden determinar si así se mejora la acción de la insulina además de incrementar la cantidad de leche materna.

A pesar de su hallazgo, Nommsen-Rivers subraya que el mejor método para combatir esta patología es el preventivo. "Las modificaciones en la dieta y el ejercicio son más poderosos que cualquier otro medicamento", concluye la científica.



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 347 millones de personas en el mundo padecen diabetes. Se trata de una enfermedad crónica, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no asimila de manera efectiva la insulina que produce.

CONCLUSIONES

- La insulina es un factor muy importante para la cantidad de producción de leche.
- La insulina ayuda a la producción de grandes cantidades de proteínas, grasas y carbohidratos para la alimentación del recién nacido.
- Llevar un estilo de vida saludable, es la mejor manera de prevenir la aparición de enfermedades.



MODULO EDUCATIVO SOBRE NUTRICIÓN FAMILIAR - PUCARA

Asesora: Dra. María Elena Rodríguez Rojas

Ejecutores:

Machuca Huayra, Mari Luz
Prinz Gómez, Judith Milagros
Salome Cervantes, Rosario

Objetivo General:

- Brindar educación sobre nutrición familiar a los moradores del Distrito de Pucará.

Metas logradas:

- Se cumplió en un 90% con la capacitación en temas relacionados con la nutrición.
- Se resolvieron dudas de los pobladores con temas relacionados con la Nutrición, lográndose en un 96% la aceptación de las familias para la utilización de recursos propios.
- Se culminó el proyecto satisfactoriamente en trabajo coordinado con la jefa del Programa de desarrollo Social; Ing. Lizbeth Vilcapoma.
- Se obtuvo la constancia de conformidad del trabajo ejecutado por el grupo de proyección social "Emprendedoras del futuro".

Conclusiones:

El tema nutricional siempre será importante, para trabajar con las familias en la comunidad.



Coordinación con los actores sociales en Pucara



Identificación de los problemas (abundantes perros en abandono) en la comunidad.



Se observa la participación activa de la comunidad.

REVISTA VIRTUAL DEL MUSEO ANTROPOLOGICO DE LA CULTURA ANDINA DE LA UNCP

ASESORAMIENTO

Lic. Arturo Mallma Cortez

COMITÉ EDITOR

Lic. Arturo Mallma Cortez

Lic. Ángela Ávila Chirinos

Dr. Ana Girón Vargas

INTRODUCCIÓN

El presente artículo sobre “DISTRIBUCIÓN ESPACIAL, PRESIONES DEMOGRÁFICAS Y LAS GUERRAS EN LA REGIÓN DE LOS WANKAS”, intenta comprender y explicar este proceso de desarrollo, describiendo como marco referencial al curacasgo de los Wankas, como parte integrante de las sociedades andinas y, tiene por finalidad describir las características elementales del aprovechamiento espacial y las repercusiones demográficas de este grupo étnico hacia los periodos Intermedio Tardío (1,100 d.C.- 1,460 d.C.) y del Horizonte Tardío (1,460 d.C.- 1,532 d.C.).

En primer lugar realizamos una descripción de los fundamentos básicos conceptuales de la arqueología espacial, teniendo presente que ésta tiene como objetivo central, analizar la organización de los diferentes elementos arqueológicos (lo que se entienden como resultado de las actividades productivas y de mantenimiento desarrolladas por la comunidad), dentro de un espacio limitado, a partir de sus interrelaciones con su unidad base, el piso o nivel de ocupación.

En nuestra investigación lo primero que planeamos es, la existencia de una organización social del espacio ocupado por los Wankas, entendiendo así la delimitación del asentamiento, hacia el periodo Intermedio Tardío (1,100 d.C. – 1,460 d.C.) a partir del cual se organizó la dinámica socioeconómica. Esta dinámica generó un proceso de crecimiento y expansión vertiginoso de la población.



En primer lugar realizamos una curacazgos sometidos, en función a las nuevas necesidades y exigencias de los conquistadores del Cusco, son motivo de debate en este trabajo.

Finalmente un enfoque del paisaje, proporciona un marco histórico cultural para evaluar e interpretar diversas evoluciones sobre la variabilidad espacio-temporal de la organización y estructura del registro material. Proporciona también pautas, por la cual distintos investigadores con diversos objetivos puedan contribuir de forma colectiva a una mayor comprensión de la adaptación y cambios culturales, que se produjeron en el antiguo valle de Jauja, hoy Mantaro.



MATERIALES Y MÉTODOS

Para la presente investigación hemos realizado una prospección arqueológica en los valles de Yanamarca, Jauja y el valle del Mantaro. Para el caso específico de Yanamarca, nos proyectamos hasta los límites de la provincia de Jauja con Tarma. Partiendo desde el territorio del Mantaro Valle, que se inicia en las alturas de Huari, La Oroya y Pachacayo, Jauja, hasta la zona donde finaliza Mantaro Valle y se inicia Mantaro Quebrada, Izcuchaca.

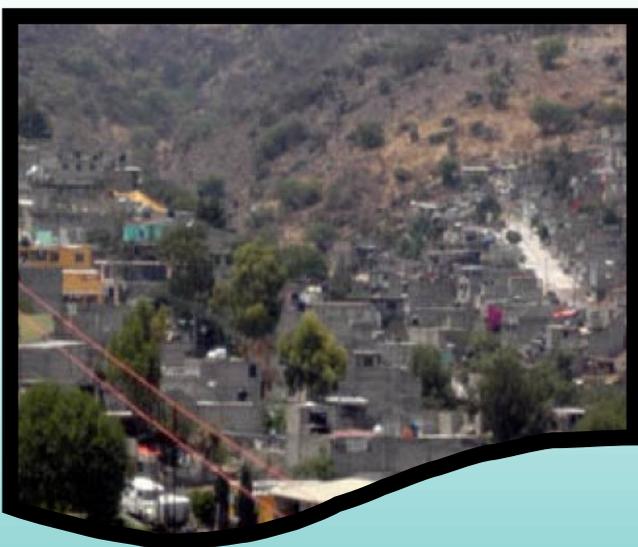
La prospección arqueológica tiene por finalidad contar con un número específico de asentamientos wankas; trabajaremos en torno a una muestra de 30 asentamientos tipos, correspondientes al periodo del Intermedio Tardío (1,460 d.C. – 1,532 d.C.), estos sitios se caracterizan por estar situados en las partes más altas de los cerros, con murallas defensivas y muy difíciles de llegar.





El crecimiento poblacional en este periodo se constata con la gran cantidad de asentamientos, nuestro objetivo es determinar por aproximación la cantidad de asentamientos, sus características espaciales, describiendo el contexto urbano para explicar el proceso de desarrollo de los Wankas. Asimismo, recurriremos a los datos etnográficos de los actuales pobladores que viven en las cercanías de estos asentamientos, quienes nos brindarán información sobre la ocupación espacial y proyectarnos en el tiempo, para esclarecer el proceso de evolución social.

Asimismo, realizamos un levantamiento de la planimetría de sitios representativos, para analizar y describir las características urbanas de estos asentamientos, su clasificación a través de la función que cumplieron: viviendas domésticas, almacenes, llaqtas fortificadas, etc. . Las imágenes visuales, servirán como testimonio del proceso de desarrollo y como prueba de nuestra labor de investigación.



Se ha planteado que la evolución de la sociedad compleja andina, es el problema central en la arqueología contemporánea, algunos consideran el factor contexto urbano como el principal mecanismo para explicar el desarrollo social en los andes (Makowski 1996:9), mientras que los analistas de la evolución cultural, han adoptado varias perspectivas para entender las relaciones entre el desarrollo de la complejidad política y la organización económica.

Por una parte Kaulicke da preferencia a las formas como se ocupan los espacios y enfatiza en considerar las informaciones que puedan brindar los grupos vivos, es decir a través de la etnografía, que ciertamente delinea los sistemas de asentamiento con un alto grado de precisión, como es el caso del empleo de los reservorios de Tunanmarca, cuyas aguas se usaban probablemente de dos maneras: uno para uso doméstico diario, donde más de 13,400 personas debieron necesitar una gran cantidad de agua para beber, lavar, cocinar y tal vez para hacer cerámica (Parsons 1978:561) y para irrigación estacionales en parcelas de cultivo intensivo, en una extensión de 60 hectáreas de terrenos.



Esta área pudo haber alcanzado niveles extraordinariamente altos de productividad agrícola, mediante irrigación estacional y fertilización con las grandes cantidades de excrementos humanos disponibles en la comunidad urbana de Tunanmarca. Particularmente en este trabajo estamos enfocando los argumentos funcionalistas, que permiten explicar el desarrollo de nuevas instituciones, tales como los líderes centralizados y la organización política regional de los Xauxa Wankas, como significado para resolver problemas de producción, seguridad y acceso privilegiados a los recursos económicos y productivos. Esta y otras teorías como el neoevolucionismo y neomarxismo enfatizan las nuevas formas de los problemas de integración por ejemplo, entre los curacazgos Wankas, Taramas, Chinchaycochas, Yauyos, etc.; creados por el incremento de las presiones demográficas prehistóricas, y la intensificación concomitante de las actividades de subsistencia o la manera del acceso privilegiado a recursos necesarios, mantenido en la fase de competencia (Service 1975, Flannery 1972, Godelier 1977.

Friedman and Rowlands 1977, Steward 1960, Binford 1962, Kaulicke 2002 y Makowski 1996).



RESULTADOS

Desde 1962 cuando Waldemar Espinoza Soriano dedica especial atención a la región de los Wankas, recopilando documentos inéditos sobre la participación de indígenas Wankas en la conquista del Perú 1558, 1561, 1561; la fundación de Jauja de 1535 y publicando diversos artículos históricos en periódicos de Huancayo. De igual manera en la década de 1970 llega el Dr. David L. Browman pionero de la corriente de antropólogos y arqueólogos norteamericanos y da inicio a los estudios de los Wankas con una nueva perspectiva. Le seguiría Jeffrey Parsons con Matos Mendieta, mientras que Browman realiza una clasificación ceramográfica desde la cerámica Pirwa- puquio que es la más antigua hasta la cerámica Arhuaturo Inca; Parsons y Matos describirán los asentamientos teniendo presente un orden cronológico. Asimismo a fines de esta década y hacia 1978 llegan alumnos y docentes de la Universidad de California, tales como Terence D. Altroy, Thimoty Earls, Catherine Leblanc, Christine Hastorf, Caty Costing y otros; quienes proseguirán con los estudios arqueológicos en la región de los Wankas ninguno de estos científicos señalados en los párrafos anteriores, han tratado de manera directa sobre el tema, que es materia de esta investigación.

CONCLUSIONES

Los Wankas tuvieron en consideración una organización formal simple del espacio. Este modelo de asentamiento se caracteriza por una concentración de la población, denominada también como aglomeración andina.

Hubo un incremento demográfico durante el periodo Intermedio Tardío entre los valles interandinos Yanamarca y Mantaro que, dinamizó la sociedad Wanka como consecuencia de la intensificación de la agricultura del maíz y papas; y la crianza de alpacas entre las zonas Quechua (3,300 m.s.n.m.) y Puna (3,900 – 4,200 m.s.n.m.).

El sistema de almacenamiento, redistribución y comercio permitió la integración e intensificación de la esfera de la interacción en la sierra central, como paso estratégico entre la costa y la ceja de selva; y la sierra norte y sierra sur.

Asimismo, las llamas jugaron un papel preponderante en esta macro articulación económica.

El fenómeno de la guerra parece haber ocurrido con la emergencia de jerarquías sociopolíticas dentro y entre el sistema cultural Wanka. Así, las élites Wankas hicieron uso del conflicto social como significado del poderío social y el desarrollo de la base económica.





**PROMOCIONANDO FAMILIAS Y VIVIEN-
DAS SALUDABLES EN LA COMUNIDAD
DE HUACRAPUQUIO**

Ejecutores: Basilio Marcelo Aníbal Florencio
Mayor Párrona Janette

Institución Beneficiada: Comunidad de Huacrapu-
quio

RESUMEN

El proyecto se desarrollo en la comunidad de Huacra-
puquio cuyos beneficiarios directos fueron 28 fami-
lias ; se trabajo en relación a la pobreza que aqueja la
comunidad y también a la aceptación de las familias
para trabajar en sus viviendas previo diagnostico. En
este contexto el Ministerio de Salud en el marco de
los Lineamientos de Política del sector que considera
a la familia como la unidad básica de salud y teniendo
como primer lineamiento a la promoción de la salud
es que se propone el desarrollar a las Familia y su
vivienda con el Modelo de Abordaje de Promoción de
la Salud.

Las acciones desarrolladas están orientadas a incen-
tivar comportamientos y hábitos que generen estilos
de vida saludables entre los miembros de una familia,
así como mecanismos de prevención, buscando que el
grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus
condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares
locales y regionales.

La familias participaron activamente en mejora de sus
viviendas y familias a que están seas saludables cuyas
actividades fueron la identificación de su visión y mi-
sión, construcción de un reglamento familiar , identi-
ficación de seguridad familiar y creación de entorno
saludable dentro del hogar, juego de roles de la fami-
lia e identificación del rol familiar.

Objetivos:

- Ejecución del control de Crecimiento - Desa-
rrollo y la sensibilización a las madres sobre
la importancia de la alimentación en los ni-
ños menores de 5 años.
- Mejorar los estilos de vida saludable en ali-
mentación del poblador de la comunidad de
Quilcas
- Aplicación de programa educativo dietas ba-
lanceadas nutricionales.
- Educación en loncheras saludables a madres
de familia del jardín de infancia.
- Construcción del biohuerto en casa de las
familias que apostaron por nuestro trabajo.

Metas Logradas:

- 28 niños controlados con el TEPSI y EEDP del
PIN en el distrito de Quilcas.
- 20 madres con educación para la Salud sobre
dietas balanceada denominado “Aprendiendo
a Balancear mis alimentos” en el PIN.
- 18 madres educados en Loncheras saludables.
- 10 familias con biohuertos en sus hogares.

Conclusiones:

- La realización del control de Crecimiento -
Desarrollo y la sensibilización a las madres
sobre la importancia de la alimentación en los
niños menores de 5 años fueron a 28 niños
con el TEPSI y EEDP.
- Se aplico el programa educativo para mejorar
los estilos de vida en alimentación a 20 ma-
dres sobre dietas balanceada denominado
“Aprendiendo a Balancear mis alimentos” en
el PIN.
- Se brindo educación en Loncheras Saludables
a 18 madres de del jardín de infancia del dis-
trito de Quilcas.
- Se construyó y asesoro en biohuerto a 10 fa-
milias que apostaron por nuestro trabajo en
sus hogares.



EDICIÓN DE LA REVISTA EN INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Ejecutores:

Dr. JESÚS LUIS ORDAYA VALENZUELA

Mg. GUSTABO ACEVEDO GONZALES

Lic. VICTORIA SALCEDO MATOS

Lic. JENNY DEL PINO MOREYRA

Lic. MONICA QUILIANO NAVARRO

Lic. MONICA PORRAS IPARRAGUIRRE

Lic. ROSANA HUAMAN GUADALUPE

Lic. VIOLETA RUPAY AGUILAR

Institución Beneficiada: FACULTAD DE ENFERMERIA – UNCP

RESUMEN

Dentro del área de extensión universitaria el Grupo Monovalente de Proyección social “Investigadores al Desarrollo “ tuvo como objetivo principal Editar y difundir la edición de la primera revista de especialización en investigación de la Facultad de Enfermería titulada “Revista Científica” ; en la cual se publican los artículos científicos de los trabajos de investigación ejecutados por docentes de la Facultad de Enfermería durante el periodo 2010-2011, teniendo en cuenta el impacto de los cambios vertiginosos y dinámicos del mundo sobre la misión de la Universidad, que cambia el paradigma de la “Universidad para la Universidad” por el de la “Universidad para la sociedad”. Asimismo el de difundir los logros alcanzados a través de los trabajos de investigación ejecutados por los docentes y profesionales afines a la institución por ser la investigación uno de los pilares fundamentales de la Universidad.

Es así como el grupo edita la primera revista de Investigación de la Facultad de Enfermería titulada “Revista Científica”, donde se refleja los resultados que de alguna forma van a contribuir a la solución de problemas sanitarios y sociales para el bienestar de la población.

Objetivos:

- Se cumplió con editar y difundir la Primera Edición de la Revista en Investigación de la Facultad de Enfermería.
- Se publicó y seleccionó artículos científicos de los trabajos de investigación realizados durante el periodo 2010 - 2011
- Se logró la difusión de las revistas en un 100% en las facultades, hospitales, Escuela de Post Grado y otros.

Metas Logradas:

Se logró publicar y difundir la Primera Edición de la Revista de Investigación de Enfermería, en un 100 %.

Conclusiones:

- Se concluyó satisfactoriamente con la Primera Edición de la Revista en Investigación de la Facultad de Enfermería a través de la cual se ha difundido los resultados de las investigaciones en salud, haciendo efectiva la comunicación, el sistema de información con libertad de pensamiento y de expresión.
- Se cumplió con la meta trazada en un 100%, ya que se elaboró las 100 revistas programadas.



FRECUENCIA DE USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES Y LA DESCRIPCION DE SU USO EN PACIENTES DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCION EN LA CIUDAD DE CUSCO

Autores: Gladys Oblitas, Gustavo Hernández-Córdova, Analí Chiclla, María Antich-Barrientos, Lucero Ccorihuamán-Cusitito, Franco Romani.

Institución beneficiaria: Hospital de Apoyo Departamental nivel III del Ministerio de Salud [HADIII] y el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco nivel IV del Seguro Social [HNAGV]).

Objetivos:

Determinar la frecuencia de uso de plantas medicinales y describir las características de su uso en pacientes de dos hospitales referenciales del tercer nivel de atención de la ciudad de Cusco, se realizó un estudio transversal entre agosto y septiembre de 2011.

Resultados

Se encuestaron un total de 250 personas, la media de edad fue de $42,4 \pm 15,9$ años, el 66% fueron mujeres.

El 46,8% tenía educación universitaria y el 70,1% de ellos fue captado en el HNAGV; el 10% tenía educación primaria o menor y el 88% de ellos fue captado en el HADIII. El 22% pertenecía a la clase media alta, de ellos, el 83,6% correspondía al HNAGV; mientras que el 12% se encontraba en pobreza crítica, de los cuales el 86,7% fue captado en el HADIII (Tabla 1). Todos los participantes respondieron el cuestionario en español.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los participantes según hospital.

Hospital		
MINS	SA	EsSalud
N.º (%)	N.º (%)	N.º (%)
SEXO*		
Masculino	43 (51,2)	41 (48,8)
Femenino	82 (49,7)	83 (50,3)
NIVEL EDUCATIVO		
Primaria o menos	22 (88,0)	3 (12,0)
Secundaria	38 (71,7)	15 (28,3)
Técnica Superior	30 (54,5)	25 (45,5)
Universitaria	35 (29,9)	82 (70,1)
ESTRATO SOCIOECONÓMICO †		
Media alta	9 (16,4)	46 (83,6)
Media	20 (28,6)	50 (71,4)
Pobreza relativa	50 (68,5)	23 (31,5)
Pobreza crítica	26 (86,7)	4 (13,3)



Tabla 2. Patrón de empleo y percepción sobre las plantas medicinales.

N.º (%)	
Tipo de problema (n=250)	
Problemas digestivos	156 (62,4)
Problemas urinarios	106 (42,4)
Problemas respiratorios	101 (40,4)
Nervios	38 (15,2)
Problemas osteoarticulares y dolores de cabeza	33 (13,2)
Limpieza de sangre	29 (11,6)
Problemas ginecológicos	24 (9,6)
Problemas de piel y cabello	19 (7,6)
Número de problemas en los que se usó plantas medicinales (n=208)*	
Uno	61 (29,3)
Dos	60 (28,8)
Tres	53 (25,5)
Cuatro	19 (9,1)
Cinco	15 (7,2)
Motivo de uso de planta medicinal (n=250)	
Consejo de familiar o amigo	119 (47,6)
Confianza en medicina tradicional	74 (29,6)
Para prevenir enfermedades	48 (19,2)
Por publicidad/lectura revista/TV/Internet	35 (14,0)
Complemento a las medicamentos /drogas	34 (13,6)
Tratamiento de enfermedades no graves	32 (12,8)
Consejo de su médico	20 (8,0)
Consejo de herbolario, vendedor de hierbas	12 (4,8)

medicina del hospital	
No acceso a otro tratamiento	4 (1,6)
Consejo de farmacéutico	4 (1,6)
Prácticas del proveedor de atención en salud	
Su médico le ha recetado plantas medicinales (n=242)	89 (36,8)
Alguna vez un herbolario, curandero o vendedor de plantas le ha recomendado acudir al médico o farmacéutico (n=238)	63 (26,5)
Prácticas del usuario	
Le gustaría que su médico le recete una planta medicinal (n=239)	224 (93,7)
Cuando está enfermo toma una planta medicinal además del medicamento recetado por un médico (n=239)	162 (67,8)
Cree que algunas plantas medicinales pueden producir daño si no son empleados correctamente (n=243)	183 (75,3)
Percepción sobre menor daño (n=238)	
Tratamiento con plantas medicinales	145 (60,9)
Tratamiento con medicamentos/drogas	78 (32,8)
Ambos son igual de peligrosos	15 (6,3)

**Tabla 3.** Frecuencias de uso de plantas medicinales.

Total	Usa	
N.o	N.º (%)	
HOSPITAL (N=250)		
EsSalud	125	100 (80,0)
Ministerio de Salud	125	108 (86,4)
SEXO (N=249)		
Masculino	84	66 (78,6)
Femenino	165	141 (85,5)
ESTRATO SOCIOECONÓMICO (N=228)		
Media alta	55	43 (78,2)
Media	70	53 (75,7)
Pobreza relativa	73	64 (87,7)
Pobreza crítica	30	28 (93,3)
GRADO DE INSTRUCCIÓN (N=250)		
Primaria o menos	25	22 (88,0)
Secundaria	53	48 (90,6)
Técnico superior	55	48 (87,3)
Universitario	117	90 (76,9)
RECOMENDACIÓN DE USO POR MÉDICO (N=242)		
Tiene recomendación	89	80 (89,9)
No tiene recomendación	153	122 (79,7)
RECOMENDACIÓN DE USO POR AMIGO/ FAMILIAR (N=250)		
Tiene recomendación	119	118 (99,2)
No tiene recomendación	131	90 (68,7)
DESEO QUE EL MÉDICO LE RECETE (N=239)		
Tiene el deseo	224	192 (85,7)
No tiene el deseo	15	9 (60,0)
CREENCIA QUE PLANTA MEDICINAL PODRÍA CAUSAR DAÑO (N=243)		
Cree	183	152 (83,1)
No cree	60	51 (85,0)
CONFIANZA EN MEDICINA TRADICIONAL (N=250)		
Confía	74	73 (98,6)
No confía	176	135 (76,7)
CONFIANZA EN MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL (N=250)		
Confía	12	12 (100,0)
No confía	238	196 (82,4)

RESUMEN

Con el fin de determinar la frecuencia de empleo de plantas medicinales y describir las características de su uso en pacientes de dos hospitales referenciales de la ciudad de Cusco, se realizó un estudio transversal entre agosto y septiembre de 2011. Para el recojo de datos se construyó un instrumento, validado por juicio de expertos. El tamaño de la muestra fue de 250 personas seleccionadas no probabilísticamente. El 83,2 y 75,3% informaron haber empleado plantas medicinales alguna vez en su vida y en el último mes, respectivamente; además, el 85,7 señaló que desearía que su médico le recete plantas medicinales. Sus usos más frecuentes son para problemas digestivos (62,4%); urinarios (42,4%), y respiratorios (40,4%). Se concluye que el empleo de plantas medicinales se encuentra bastante difundido entre los usuarios de dos hospitales referenciales de la ciudad de Cusco. Los patrones de empleo revelan que los pacientes desean que los médicos del sistema de salud prescriban plantas medicinales en su acto médico.



Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
2. Arias B. Diversidad de usos, prácticas de recolección y diferencias según género y edad en el uso de plantas medicinales en Córdoba, Argentina. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat.* 2009;8(5):389-401.
3. Oliveira AK, Oliveira NA, Resende UM, Martins PF. Ethnobotany and traditional medicine of the inhabitants of the Pantanal Negro sub-region and the raizeiros of Miranda and Aquidauna, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Braz J Biol.* 2011;71(1 suppl 1):283—9).
4. Vigano J, Vigano J, Araujo C. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(1):51-8.
5. Llorach C, Chen C, González E, Hernández A, Rodríguez Y. Uso de plantas medicinales en adultos que acuden a una unidad de atención primaria de Panamá. *Archivos Med Fam Gen.* 2007;4(1):15-8.
6. Primera Cumbre Mundial de Armonización de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, Lima, Perú, 2007. *Acta Med Per.* 2008;25(2):123--4.
7. Mathez-Stiefel SL, Vandebroek I, Rist S. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? .A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2012;24;8:26.
8. Sanz-Biset J, Cañigueral S. Plant use in the medicinal practices known as “strict diets” in Chazuta valley (Peruvian Amazon). *J Ethnopharmacol.* 2011;137(1):271-88.
9. Bussmann RW, Sharon D. Traditional medicinal plant use in Northern Peru: tracking two thousand years of healing culture. *J.Ethnobiol Ethnomed.* 2006;2:47.
10. Bussmann RW, Sharon D, Vandebroek I, Jones A, Revene Z. Health for sale: the medicinal plant markets in Trujillo and Chiclayo, Northern Peru. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2007;3:37.



EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ACUDEN AL CLAS AUQUIMARCA- CHILCA 2012”

ASESORES: Lic. SANTIVÁÑEZ PARRA, Betty Gladys

Lic. VILLAR OSCANOVA, Margot Esther

EJECUTORES: FLORES PALIAN, Nesil

POMA SANTOS, Juan Carlos

INSTITUCION BENEFICIADA:

CLAS- AUQUIMARCA se encuentra ubicado en el Jirón Panamá S/N en el distrito de Chilca, provincia de Huancayo.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar el crecimiento y el estado nutricional de los niños menores que acuden al CLAS Auquimarca.

Objetivos Específicos:

- ◆ Identificar el crecimiento de los niños.
- ◆ Identificar el estado nutricional.
- ◆ Identificar los factores determinantes del estado nutricional.

METAS LOGRADAS:

Concientizar sobre la alimentación y nutrición saludable a las madres de los niños menores de cinco años que son atendidos en el CLAS de Auquimarca para reducir en un 80% el crecimiento inadecuado y prevenir la desnutrición infantil.

CONCLUSIONES:

- ◆ Al evaluar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años correspondiente al mes de Mayo (Indicadores peso, talla y edad) se encontró que la mayoría tiene un estado nutricional normal y en menor proporción se encuentra en riesgo nutricional.
- ◆ El estado nutricional de los niños evaluados correspondiente al mes de Mayo (indicadores Talla, edad) muestra una mayor proporción con riesgo de talla baja.
- ◆ Las causas de la desnutrición identificadas en los niños que se atienden en el CLAS de Auquimarca muestran son similares a las propuestas por la OMS, originada por la ingesta de una dieta inadecuada (deficiencia de macro y micronutrientes, yodo, hierro y otros) o por la existencia de una enfermedad recurrente o la presencia de ambas que son los principales causantes del problema.
- ◆ Con la consejería brindada se concientizo sobre la alimentación y nutrición saludable a las madres de los niños menores de cinco años que son atendidos en el CLAS de Auquimarca para reducir en un 80% el crecimiento inadecuado y prevenir la desnutrición infantil.

EL DÉFICIT DE YODO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DISMINUYE EL COEFICIENTE INTELECTUAL DE SUS HIJOS

Un equipo internacional de científicos, pertenecientes al proyecto europeo NUTRIMENTHE, ha descubierto que el déficit de yodo durante el embarazo tiene efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo del niño.

Los resultados de esta investigación, han revelado que los niños nacidos de madres que presentaron deficiencia de yodo durante la gestación mostraron, a los ocho años de edad, un cociente intelectual tres puntos inferior que los demás y peor habilidad para la lectura a los nueve años.

El yodo es esencial para el crecimiento, el desarrollo cerebral, la síntesis de hormonas tiroideas y la regulación de numerosos procesos metabólicos en el organismo. La deficiencia de yodo determina alteraciones del desarrollo cognitivo y, por lo tanto, un correcto estado nutricional en yodo resulta especialmente relevante durante la gestación y los primeros años de vida para el desarrollo del cerebro del bebé.



El déficit de yodo en la población no es un problema únicamente de países en vías de desarrollo, pues informes recientes revelan índices bajos de yodo en países industrializados.

En el Reino Unido, donde se ha llevado a cabo esta investigación, se ha detectado que la deficiencia de yodo es muy común y afecta a dos tercios de las mujeres, especialmente a aquellas en edad fértil. Otros países, como Holanda, España o Dinamarca, hace tiempo que adoptaron medidas de prevención como la suplementación de la sal común con yodo para asegurar un mayor aporte de este mineral a través de la alimentación.

En el estudio, los científicos reclutaron más de 10.000 mujeres embarazadas, a quienes se tomaron muestras de orina. Se han analizado las concentraciones de yodo en muestras de orina de 1.040 de ellas.



Además, posteriormente, mediante pruebas de neurodesarrollo y la evaluación de diferentes habilidades cognitivas a los ocho y nueve años de edad, investigaron la relación de estos niveles de yodo y el desarrollo cognitivo de sus hijos.

Tras el análisis de los resultados, los científicos descubrieron que a los 8 años de edad hay tres puntos de diferencia en el coeficiente intelectual de los niños nacidos de madres con bajas concentraciones de yodo en los primeros meses del embarazo, frente a aquellos nacidos de madres que tenían niveles de yodo por encima del límite mínimo.

Ante estos resultados, los expertos recomiendan una ingesta suficiente de yodo en las mujeres embarazadas, procurando obtenerlo a partir de alimentos naturales, principalmente del pescado, marisco y productos lácteos. Se desaconseja el consumo de algas o suplementos que las contengan, pues podría provocar problemas tiroideos por exceso de ingesta de este mineral. Se aconseja una ingesta diaria de yodo durante la gestación y la lactancia de 250 µg/día, mientras que para el resto de adultos bastaría con 150 µg/día.

Esta investigación, tiene como objetivo de determinar los efectos de la dieta durante la vida precoz sobre el desarrollo cognitivo, el rendimiento mental y el desarrollo de la conducta y del comportamiento de los más de 20.000 niños involucrados en toda Europa.

CONCLUSIONES

- De la alimentación de una mujer embarazada, dependerá el desarrollo cerebral del niño, para una vida con calidad.
- Las mujeres embarazadas deben de ingerir suficiente de yodo, procurando obtenerlo a partir de alimentos naturales, principalmente del pescado, marisco y productos lácteos.
- No se aconseja el consumo de algas o suplementos que contengan yodo, pues podría provocar problemas tiroideos por exceso de ingesta de este mineral.



“VIGILANDO LA NUTRICIÓN Y LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LA COMUNIDAD DE 09 DE JULIO – CONCEPCIÓN”

Asesores:

PADILLA FLORIAN MARIA, BASILIO MARCELO ANIBAL FLORENCIO, YARASCA MARTINEZ FERNANDO JOSE

EJECUTORES:

CAMARENA SALAS NATALY KETTY, CASTRO GRANADOS ELIANA MEDALYTH, ESPINOZA CUEVA JHEYMI ROXANA

INSTITUCIÓN BENEFICIARIA: Distrito de Concepción- Comunidad de 09 de Julio



RESUMEN

R El proyecto elaborado por el grupo monovalente de proyección social denominado “Construyendo el futuro” que tuvo como beneficiarios a la comunidad de 09 de Julio –Concepción que cuenta con 352 familias de las cuales se trabajó con 28.

Los primeros años de vida del ser humano son altamente trascendentes, porque en esta etapa ocurre la mayor velocidad de crecimiento y desarrollo del cerebro. Si en estos períodos ocurren situaciones que alteran el desarrollo del cerebro, las capacidades del niño y niña quedarán afectadas notablemente, hoy en día el 25% de niños presentan problemas de crecimiento y estado nutricional (según MINSA 2009) que tiene su origen en la mala nutrición sumado a otros factores durante los primeros cinco años de vida, generando problemas de salud y conllevando a la muerte infantil, la identificación oportuna de riesgos y factores determinantes, contribuyen a prevenir problemas en el crecimiento y desarrollo y promover prácticas adecuadas de alimentación y nutrición saludable así como el cuidado de la niña y niño.



Enseñanza individualizada a cada madre de familia

Se concluye que la adecuada intervención en las comunidades enfatizadas a la prevención y promoción en salud, a través de una consejería nutricional y evaluación del desarrollo psicomotor efectiva puede generar cambios de conducta en las madres para un mejor cuidado de sus hijos a través de la práctica adecuada y saludable de la alimentación así como reducir los demás factores que influyen en el estado nutricional, genera niños mejor nutridos que a un futuro no muy lejano se convertirán en hombres que contribuirán en el desarrollo de nuestro país.

Objetivos General:

- ◆ Vigilar la nutrición y la estimulación temprana en los niños menores de 5 años en el distrito de 9 de Julio – Concepción

Objetivos Específico

- ◆ Identificar a los niños menores de 5 años que estén sujeto a vigilancia nutricional y estimulación temprano
- ◆ Sensibilizar a las familias con niños menores de 5 años en nutrición y estimulación temprana.
- ◆ Realizar talleres de vigilancia nutricional y estimulación temprana.
- ◆ Evaluar el proyecto de vigilancia nutricional y estimulación temprana



Padres esperando para entrega de resultados de la evaluación



Consejería a una madre sobre estimulación temprana

OBJETIVOS LOGRADOS:

Identificación de familias del centro de vigilancia nutricional del distrito de 9 de julio de concepción.

Primera sesión educativa en importancia de nutrición saludable a madres con niños menores de 5 años.

Segunda sesión educativa en importancia de nutrición saludable a madres con niños menores de 5 años.

Primera sesión de evaluación de desarrollo psicomotor y estado nutricional a los niños menores de 5 años

Segunda sesión de evaluación de desarrollo psicomotor y estado nutricional a los niños menores de 5 años.

Entrega de resultados y consejería en desarrollo psicomotor y estado nutricional a los padres de los niños menores de 5 años.



Sesión educativa sobre nutrición

METAS LOGRADAS:

Realización de las sesiones educativas educativa en importancia de nutrición saludable a madres con niños menores de 5 años.

Reconocimiento por parte de las madres de la importancia de una nutrición saludable a sus niños.

Preparación correcta de los alimentos por las madres.

Realización de la evaluación del desarrollo psicomotor y estado nutricional a los niños menores de 5 años.

Entrega de resultados de la evaluación realizada cada uno respectivamente analizado.

Consejería a los padres sobre el desarrollo psicomotor, la estimulación temprana y la nutrición de los niños menores de 5 años.



Sesión educativa sobre nutrición

CONCLUSIONES.

Al evaluar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de la comunidad de 09 de Julio (Indicadores peso, talla y edad) se encontró que la mayoría tiene un estado nutricional normal y en menor proporción se encuentra en riesgo nutricional.

Al evaluar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas menores de 5 años de la comunidad de 09 de Julio se encontró que la mayoría tiene un normal desarrollo psicomotor.

Con la consejería brindada se concientizó sobre la alimentación y estimulación temprana a las madres de los niños menores de 5 años para reducir en un 80% el crecimiento y desarrollo inadecuado y prevenir la desnutrición infantil.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.

Continuar con el desarrollo de actividades para fortalecer las capacidades y potencialidades que poseen los niños y niñas de la comunidad de 09 de Julio – Concepción.

Valorar los productos que posee la comunidad y en base a esto prepara alimentos nutritivos para los niños y poder reducir la desnutrición crónica infantil en la comunidad de 09 de Julio – Concepción



Culminación del proyecto junto a los beneficiarios del mismo

SORDERA PROVOCADA POR LA OBESIDAD

Resumen: Los adolescentes obesos tienen más probabilidades de padecer pérdida auditiva que los de peso normal, según los resultados de un nuevo estudio.

Lo descubierto en la investigación indica que de los adolescentes estudiados, los obesos fueron los que experimentaron una mayor incidencia de pérdida auditiva en todas las frecuencias sonoras, además de registrar una incidencia de casi el doble de lo normal de pérdida auditiva unilateral (en un solo oído) en frecuencias sonoras bajas (tonos graves).

El rango normal de capacidad auditiva va de los 20 Hz a los 20.000 Hz. Las personas con pérdida de audición de frecuencias sonoras bajas no pueden oír sonidos en las frecuencias de 2.000 Hz o menores. Sí pueden oír sonidos en frecuencias más altas que esa. Ello hace que a menudo sean capaces de entender bien el habla humana, pero pueden tener más dificultades que una persona con audición normal para escuchar lo que se les dice cuando se hallan en lugares ruidosos.

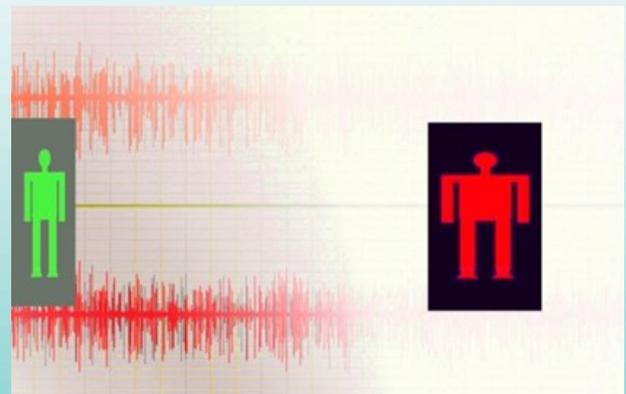
Investigadores: La investigación fue realizada por el equipo del Dr. Anil K. Lalwani, profesor en la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York.



Importancia: Demostrar que la obesidad está asociada con la pérdida de audición en adolescentes.

Aunque la pérdida auditiva total en los adolescentes obesos fue relativamente pequeña, el incremento de casi el doble en cuanto a la pérdida de la audición de frecuencias bajas es bastante preocupante. Ello sugiere daños tempranos, y que probablemente siguen progresando, en el oído interno, a medida que el adolescente obeso se convierte en un adulto obeso.

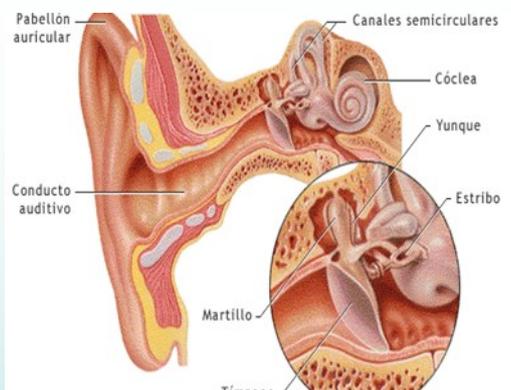
Es urgente pues investigar más acerca de las consecuencias adversas de esta pérdida precoz de la audición, en cuanto al desarrollo social de estos adolescentes, su rendimiento escolar, y sus funciones cognitivas y conductuales. En los adolescentes obesos hay una incidencia de casi el doble de lo normal de pérdida auditiva unilateral, o sea en un solo oído, en frecuencias sonoras correspondientes a los tonos graves.



Además, la pérdida de la audición debería ser agregada a la creciente lista de consecuencias negativas que la obesidad tiene para la salud, tanto en niños como en adultos, como parte de los esfuerzos para reducir la obesidad en personas de todas las edades.

En las naciones industrializadas, los niños con sobrepeso y los obesos alcanzan porcentajes preocupantes últimamente. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, se calcula que casi el 17 por ciento de los niños ya son obesos.

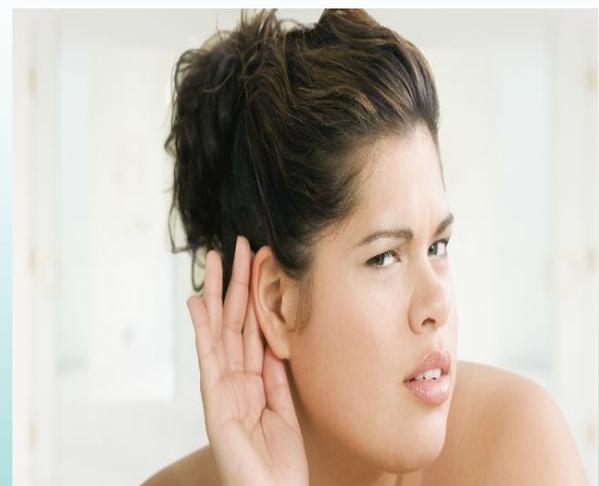
Aún se desconoce cuál es el mecanismo por el que la obesidad conduce a pérdida auditiva, aunque el Dr. Lalwani y sus colegas barajan la hipótesis de que la inflamación inducida por obesidad puede tener el papel principal.



Colaboradores: En la investigación también han trabajado Karin Katz, Ying-Hua Liu, Sarah Kim y Michael Weitzman, todos del Centro Médico Langone de la Escuela de Medicina en la Universidad de Nueva York.

Conclusiones:

- La inflamación inducida por obesidad conduce a una pérdida auditiva en los adolescentes.
- La sordera trae como consecuencia alteraciones en el desarrollo social, rendimiento escolar, y sus funciones cognitivas y conductuales de los adolescentes.



ORIENTACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO A LAS MADRES DEL VASO DE LECHE SECTOR V – CAJAS CHICO

Asesores:

Lic. Jenny Del Pino Moreyra

Lic. Mónica Quiliano Navarro

Ejecutores:

Solorzano Iparraguirre, Johana Pamela

Valga Ingaruca, Gina Madeleyne

Beneficiarios

Las beneficiarias del presente proyecto son las madres del Vaso de Leche Sector V Cajas Chico con sus respectivos hijos y los beneficiarios indirectos es la población en general.



OBJETIVOS Y METAS LOGRADAS

OBJETIVOS LOGRADOS:

☑ Se logró cumplir con las charlas educativas programadas, control del crecimiento y desarrollo de los niños además del control de peso y talla.

- Se logró convocar al 80% de las madres para participar durante las charlas, controles realizados a los niños y sobretodo la participación activa que requiere el proyecto.
- Se cumplió con charla programada a las madres de familia del vaso de leche del sector V, con el tema de nutrición adecuada.
- Se logró convocar al 90% de madres del vaso de leche del sector V.

METAS LOGRADAS:

Las metas fueron logradas en un 100% por las madres del vaso de leche de Cajas Chico.

- ◆ Las madres definen lo que es nutrición, identifican los alimentos según su clasificación.
- ◆ Mencionan la importancia de una nutrición adecuada, comprenden el tipo de nutrición que tiene cada etapa de vida.
- ◆ Las madres del vaso de leche participan activamente durante la exposición del tema.
- ◆ Identifican la importancia de los alimentos y su adecuada combinación; durante la preparación de las loncheras y comidas.
- ◆ La mayoría de las madres definen Nutrición, identifican los alimentos según su clasificación.
- ◆ Definen e identifican la importancia de una Planificación Familiar adecuada en el Crecimiento y Desarrollo del niño
- ◆ Las madres del vaso de leche participan activamente durante la exposición del tema



- ◆ Diferencian entre la Obesidad, Sobrepeso y Desnutrición Infantil.
- ◆ Identifican la importancia del Control de Crecimiento y Desarrollo además del Control de Peso y Talla en los niños en etapa preescolar.
- ◆ Definen e Identifican de la importancia de una lonchera escolar.
- ◆ Identifican deficiencias en los niños tanto en su crecimiento y desarrollo como en talla y peso.
- ◆ Sugieren comidas saludables entre verduras, frutas, cereales, bebidas y otros.
- ◆ Identifican la importancia de frutas y verduras.
- ◆ Identifican y analizan las consecuencias del consumo excesivo de golosinas en la salud de los niños y de todas las personas.
- ◆ Las madres practican la preparación adecuada de una lonchera escolar .



CONCLUSIONES

- ◆ El proyecto tuvo como fin una mejor orientación a las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos, la importancia y la necesidad de tener un adecuado crecimiento y desarrollo en los niños y niñas.
- ◆ Las madres son pilar fundamental de todo el proceso de crecimiento y desarrollo.
- ◆ La evaluación del crecimiento y desarrollo es una herramienta fundamental para monitorizar la salud del niño.
- ◆ Es importante que las mediciones que realicemos sean exactas y precisas debido a que algunas decisiones clínicas e intervenciones estarán basadas en nuestras mediciones, las medidas frecuentemente serán utilizadas para monitorizar el crecimiento y el estado nutricional del niño.
- ◆ Las evaluaciones para diagnosticar el estado de las áreas: psicomotriz, lenguaje y coordinación nos indicaran las debilidades o fortalezas que tiene el niño(a) al manejar estas áreas.
- ◆ Una alimentación inadecuada influirá en el crecimiento y desarrollo del niño provocando deficiencias y estas alteran el potencial mental.



FORTALECIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS SALUDABLES EN EL BINOMIO MADRE-NIÑO DEL ANEXO DE RAQUINA-DISTRITO DE PUCARA

ASESORES:

Lic. Rosales Rojas Rafael Rolando, Astocuri Quispe Mario (colaborador) y Vila Flores Mariela (colaborador) Ejecutores:

Ccahuin Sosa Margarita ,Fernández Antonio Irela del Carmen y Zurita de la Cruz Omar Humberto .

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud del niño y la niña tanto en desnutrición mediante la educación formativa y de aprendizaje logrando la participación consciente y dinámica del binomio madre niño/niña”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Promover el consumo de los productos locales mediante la elaboración de una dieta orientada a contrarrestar el problema de la desnutrición.

alimentación y nutrición balanceada haciendo uso de los productos de la zona.

RESULTADOS:

- El 90% de las madres que dan de lactar, practican una adecuada lactancia materna exclusiva
- El 90% de las madres que dan de lactar tienen una optimizan el consumo de alimentos balanceados.
- El 80% de las madres tiene una adecuada manipulación de los alimentos
- El 80% de las familias del vaso de leche tienen una

CONCLUSIONES DEL JURADO:

El tema fue muy interesante y por lo que nos demuestran fue exitoso en la comunidad de Raquina



Sensibilización a la comunidad.



Participación activa en los talleres.



Talleres de prácticas saludables en el anexo de Raquina.

FORTALECIMIENTO Y MEJORA- MIENTO DEL OBSERVATORIO DE POLITICAS PUBLICAS DE SALUD DE LA UNCP

Asesores: Lic. Victoria Salcedo Matos y Lic. Rosana Huamán Guadalupe

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer y mejorar el observatorio de Políticas Públicas de Salud de la UNCP

METAS LOGRADAS:

- ◆ Se desarrollo del Foro Regional de Políticas Públicas de Salud “Experiencias Exitosas en Gobernabilidad y Transparencia a Través del Enfoque de Salud, Educación e Identidad” el día 14 de Diciembre del 2010 en el paraninfo nº 1 de la Universidad Nacional del Centro del Perú.
- ◆ Se difundieron trabajos de investigación realizados por los diferentes actores sociales de la Región Junín en relación a las Políticas Públicas de Salud tomando como eje la Gobernabilidad y Transparencia durante el Foro Regional de Políticas Públicas.
- ◆ DOCUMENTACION DE D.N.I centro de estimulación prenatal y temprana –PICED Rio Negro-Satipo

CONCLUSIONES DEL JURADO:

El trabajo realizado es importante que se difunda en otros lugares donde las personas aun no cuentan con DNI y desconocen las ventajas de este documento.



CAPACITACION A DOCENTES PARA APOYO A CAMPAÑA DE DOCUMENTACION.



COORDINACION CON INSTITUCIONES PARA LA CAMPAÑA DE DOCUMENTACION DE DNI



NIÑOS Y ADULTOS FELICES CON SU D.N.I

INFORMACIÓN GENERAL Y MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA NUEVA GRIPE A (H₁N₁)

Autor: Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social- OMS

¿Qué es la gripe por el nuevo virus A/H₁N₁?

La gripe por el nuevo virus A/H₁N₁ (que empezó llamándose gripe porcina y "nueva gripe") la produce un nuevo subtipo del virus de la gripe frente al que, precisamente por ser nuevo, no estamos inmunizados y hay muchas personas que estarán en riesgo de contraerlo.

En contraste, muchas personas tienen inmunidad frente a los virus de la gripe estacional (la gripe que se presenta fundamentalmente en invierno todos los años) por lo que la población susceptible de infectarse es menor.

¿Cómo se contagia el virus A/H₁N₁?

El contagio, al ser también un virus de la gripe, es como el de la gripe estacional: se transmite de persona a persona, principalmente por el aire, en las gotitas de **saliva** y secreciones nasales que se expulsan al toser, al hablar o al estornudar. Al estornudar, toser o hablar se emiten pequeñas gotitas de **saliva**, secreciones nasales que en aquellas personas que padezcan gripe, tendrán virus en su interior. Estas microgotas respiratorias pueden quedar en las **manos**, en las superficies o dispersas en el aire.

Por tanto, el virus se puede transmitir también indirectamente por tocarse los ojos, la nariz o la boca después de haber tocado las microgotas o secreciones respiratorias procedentes de una persona infectada que han quedado en las **manos** o depositadas en superficies.

¿En qué periodo se puede contagiar el virus?

El virus se puede transmitir desde 1 día antes de empezar con los síntomas hasta 7 días después

El virus de la gripe presenta una capacidad máxima de contagio los 3 primeros días desde que empiezan los síntomas pero se puede seguir transmitiendo hasta 7 días después por lo que se recomienda quedarse 7 días en casa para asegurarse de no transmitirlo a otras personas.

¿Cuáles son los síntomas de la gripe A/H₁N₁?

Los síntomas son los de cualquier gripe: puede aparecer tos, dolor de garganta, dolor de cabeza, fiebre de más de 38° -sobre todo los dos primeros días-, dolores musculares, malestar general, congestión nasal, estornudos y también vómitos y diarrea. Lo habitual es que la gripe evolucione favorablemente en 2-4 días aunque se pueda continuar con tos una semana y sentir cansancio durante las semanas siguientes al inicio de la enfermedad. Dado que es un virus nuevo aún no se ha determinado con exactitud la severidad del cuadro clínico que produce aunque, hasta el momento la enfermedad es leve en la mayoría de los casos.



¿Qué se puede hacer para evitar el contagio?

Para prevenir la propagación del virus es importante seguir estos consejos:

- **Lavarse las manos con frecuencia** (ver gráfico) Ésta es la principal medida de higiene.

Las gotitas que se emiten al estornudar, toser o hablar pueden quedarse en las manos donde el virus puede sobrevivir unos minutos (menos de 5 minutos): por eso es importante el lavado de manos.

También pueden depositarse en superficies (de muebles, pomos, objetos...) donde el virus puede permanecer de horas a días: por eso es importante limpiar más frecuentemente (a diario) estas superficies con los productos de limpieza habituales.

Taparse la boca y nariz al estornudar o toser y evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca. Boca y nariz tapadas al estornudar o toser.



Otras Medidas:

- Si estas con gripe: quédate en casa 7 días y evita los lugares donde haya mucha gente
- Si no tienes gripe: evita los lugares donde haya mucha gente ya que es más fácil contagiarse
- Duerme bien, ten una alimentación saludable, bebe agua, lleva una vida físicamente activa y evita las bebidas alcohólicas y el tabaco
- Si tienes síntomas de la Enfermedad contacta con los

Técnica de lavado de las manos con agua y jabón



- 0 Mójese las manos con agua
- 1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos
- 2 Frótese las palmas de las manos entre sí
- 3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa
- 4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
- 5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos
- 6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrápidolo con la palma de la mano derecha, y viceversa
- 7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa
- 8 Enjuáguese las manos con agua
- 9 Séquelas con una toalla de un solo uso
- 10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo

...y sus manos son seguras. 40 a 60 segundos

Fuente: O.M.S. Modificado de conformidad con EN1500

INFLUENZA A H₁N₁ - PERÚ:

Confirmación de circulación, primera muerte

Durante el presente año, hasta la SE 27, se ha confirmado a nivel nacional 73 casos de infección por virus de influenza A(H₁N₁)pdm09, de los cuáles el 70% (51) corresponden a Lima y Callao. En la última semana se notificaron 2 defunciones relacionadas con influenza en el Callao, en personas que presentaban cc morbilidades (asma, diabetes y cirrosis en un caso y diabetes en el segundo).



15/07/2013, 14:20 | Fuente: Dpto. de Prensa |

En Chile cuatro casos confirmados de influenza A H₁N₁

La jefa de Epidemiología de la región Arequipa, Patricia Polanco, confirmó esta semana el primer caso de gripe AH₁N₁. El paciente es un hombre mayor de 20 años. La Dra. Polanco dijo que las medidas de control de esta enfermedad se intensificaron luego de las alarmas generadas en el norte de Chile y en Venezuela. “Debemos prepararnos para más casos. Nosotros hemos detectado una variación de esta gripe, que se denomina AH₃N₂, que tiene los mismos síntomas y genera confusión”, señaló. Solo en la última semana, se reportaron 125 casos de neumonía en Arequipa.

Precaución en la frontera

El director regional de Salud, de Tacna, Juan Manuel Cánepa, anunció que se han intensificado las campañas de vacunación a las personas de los grupos vulnerables al contagio de la influenza A. Ello, debido a los reportes de alta incidencia de dos diferentes cepas del virus, AH₁N₁ y AH₃N₂, en el norte de Chile. Las personas que vienen siendo vacunadas son las menores de 5 años y las mayores de 60. Hasta el momento, hay en Arica (Chile) cuatro casos confirmados de influenza del tipo AH₁N₁, y 20 en la provincia de Tarapacá.

Medidas de precaución - abastecidos

Los establecimientos de salud de Tacna han sido abastecidos de medicamentos antivirales, los cuales se suministrarán a los pacientes en caso se detecte la enfermedad en esta zona. El 40% de la población de la región ha recibido vacuna contra la influenza.

Los casos de gripe AH₁N₁ que se vienen registrando en lo que va del año en el Perú han registrado un primer fallecido. Se trata de un paciente que perdió la vida tras detectársele este mal y recibir tratamiento en el hospital Alberto Sabogal, en el Callao.

Según América TV, la víctima fue confirmada por el personal del nosocomio, que también detallaron que otras enfermedades como asma y diabetes evitaron que pudieran salvarle la vida.

Hasta el momento hay otros tres casos confirmados de AH₁N₁ en el Hospital Sabogal, mientras que otros nueve pacientes están esperando que confirmen o descarten la presencia de este mal en sus cuerpos.

Desde el 24 de junio hasta hoy se han evaluado 35 muestras de diferentes personas.

Aumentaron a 1.138 casos confirmados de gripe H1N1 en Venezuela según boletín de Mina Salud



12.06.2013 11:46 AM El último boletín epidemiológico, que corresponde al período del 26 de mayo al 1 de junio, indica que en una semana se detectaron 414 nuevos casos.

El gobierno despliega operativos para atender a grupos más vulnerables.

Caracas.- Según el último informe emitido por el Ministerio de Salud, el número de casos por gripe H1N1 en Venezuela pasó de 724 a 1.138 en una semana. Sin embargo en el informe no se divulgan las cifras de muertes a causa de la enfermedad.

El último boletín epidemiológico, que corresponde al período del 26 de mayo al 1 de junio, indica que en una semana se detectaron 414 nuevos casos.

Medios locales reportaron este miércoles cuatro nuevos decesos por la gripe H1N1 en los estados Táchira (3) y Lara (1), superando así la veintena de muertes en lo que va del año.

La ministra de Salud, Isabel Iturria, se niega a ofrecer el número de muertes por la gripe, asegurando que las alarmas por la enfermedad responden a "intereses políticos o económicos".

De acuerdo con el boletín epidemiológico N°22, se estudiaron 2.278 muestras, de las cuales 57,1% corresponden a influenza entre los días 26 de mayo y 01 de junio. De esa cantidad (1.301), más del 80% son del tipo de gripe H1N1.

Los estados más afectados por la influenza son Mérida, Táchira, Caracas, Zulia y Lara, añadió el informe.

El gobierno ha reforzado el cerco sanitario en varias entidades y ha emprendido campañas para aplicar vacunas a los grupos más vulnerables a la influenza, principalmente embarazadas, personas con enfermedades crónicas y mayores de 60 años.

El virus H1N1 se detectó por primera vez en Venezuela en 2009 y en 2011 se declaró un brote de la enfermedad, que provocó entonces 900 casos y ocho fallecimientos.



Vacuna

Durante gran parte del desarrollo y propagación del brote no se dispuso de una vacuna para esta cepa, hasta el 12 de junio de 2009, cuando el grupo farmacéutico suizo Novartis, con el apoyo económico del gobierno norteamericano, anunció haber producido el primer lote de vacunas contra el virus. Los ensayos clínicos para la obtención de la licencia de la vacuna se realizaron en julio del 2010, para poder iniciar la producción en masa de la vacuna y su posterior distribución.

En agosto de 2009 investigadores del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China realizaron pruebas en seres humanos con resultados positivos, y que los exámenes muestran que la primera dosis de la vacuna provoca una respuesta inmune en el cuerpo humano, lo que resulta suficiente para proteger contra la cepa del virus A(H1N1),

según Yin Weidong, director general de la farmacéutica Sinovac Biotech.

La OMS ratificó que la vacuna es segura y que los procedimientos establecidos para la concesión de licencias a las diferentes compañías farmacéuticas son rigurosos, a pesar del procedimiento de aprobación.



Conclusión:

- Siendo la gripe una enfermedad viral y por ende altamente contagiosa, se debe tomar con seriedad las medidas de prevención que nos brinda el Ministerio de salud para ayudar a la dominación de este virus.



- Resultados de Laboratorio y reportes de Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios NAM-RU-6
- Recomendaciones de la OMS para el periodo pos-pandémico disponible en:
- <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com-content&task=view&id=3328&Itemid=2456&lano=es>
- Informe Técnico 34-VEZ00- 2013 — DGE
- Actualización Regional Influenza y otros Virus Respiratorios. SE 26 — 2013 PS

PERSECUCIÓN ESTRATÉGICA DEL DELITO

Asesores:

Lic. Rupay Aguilar Amélica Violeta

Lic. Porras Iparraguirre Ruth Mónica

Ejecutores:

Gómez Santiago Norca Judith.

Huamán Vásquez Ruth Janet

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

Ministerio Público: Fiscalía de Prevención del Delito.

Universidad Nacional del Centro del Perú: Facultad de Enfermería.

Ministerio de Educación: Instituciones Educativas del Valle del Mantaro

OBJETIVO GENERAL

Generar estilos de vida saludables en jóvenes en riesgo de actuar delictivo y padres de familia de éstos, de diversas instituciones educativas.

METAS LOGRADAS

La meta se logro en un 100% con la ejecución de los talleres programados en las diversas instituciones educativas del nivel secundario del Valle del Mantaro por la Fiscalía de la Prevención del Delito.

Talleres y Jornadas de acercamiento:

- ◆ Charlas a Fiscales Escolares
- ◆ I.E. "Rosa de Lima"- San Jerónimo. 31 alumnos
- ◆ Colegio "Javier Heraud" – Huancán.28 alumnos
- ◆ Colegio "Warivilca" – Huayucachi. 17 alumnos.

Colegio "Nuestra Señora del Rosario" – Hyo. 30

I.E "Santa Isabel" – Hyo. 26 alumnos.

I.E. "La Victoria"- Tambo. 29 alumnos.

Charlas a padres de familia

I.E. "Nuestra Señora del Rosario". 51

I.E. "Nuestra Señora de Cocharcas". 41

I.E. "José Carlos Mariátegui". 39

I.E. "Politécnico Regional del Centro". 45

I.E. "Túpac Amaru". 29 padres de familia.

I.E. "La Victoria". 60 padres de familia.



Desarrollo del taller en las
instituciones educativas



Participación activa de las personas en los talleres

IDENTIFICAN UNA MUTACIÓN QUE PROTEGE FRENTE AL RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA

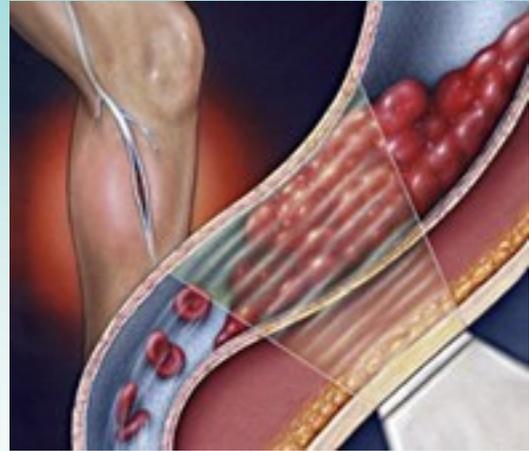
Investigadores de la RIC: Amparo Estellés, Francisco España, Silvia Navarro, Elena Bonet, Laura Martos y Pilar Medina.

Tres grupos de científicos españoles pertenecientes a la Red de Investigación Cardiovascular (RIC) del Instituto de Salud Carlos III, participan en el estudio que ha permitido identificar una mutación genética que reduce el riesgo de padecer tromboembolismo venoso (TEV), una grave y frecuente patología caracterizada por la presencia de una trombosis venosa profunda. En España afecta a unas 50.000 personas cada año y puede presentar complicaciones graves como embolismo pulmonar y síndrome post-trombótico. El hallazgo acaba de ser publicado por la revista *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*.

En la investigación se estudiaron 1.173 pacientes con TEV y 1.262 sujetos sanos. Los resultados demuestran que los portadores de la mutación tienen la mitad del riesgo de padecer un evento de TEV que quienes no presentan dicha mutación.

En la investigación que lidera el Grupo de la RIC del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia dirigido por el Dr. Francisco España, han participado también el Grupo del Hospital Morales Meseguer de Murcia que coordina el Dr. Vicente Vicente, y el del Dr. Rivera del

Hospital La Fe de Valencia. Los tres Grupos trabajan en el programa investigación sobre el Sistema Hemostático en Patología Cardiovascular que desarrollará la RIC durante los próximos cuatro años.



Los científicos de la RIC han analizado paralelamente células endoteliales en cultivo procedentes de 100 cordones umbilicales humanos. El estudio de estas células endoteliales umbilicales ha demostrado que el efecto protector de la mutación se debe a la presencia de una mayor concentración de la proteína llamada trombomodulina que está en la membrana de las células. Dicha proteína es a su vez esencial para la producción de un enzima anticoagulante, la denominada proteína C activada, imprescindible ésta para el control de la coagulación y la prevención de la trombosis.

CONCLUSION:

- Las células endoteliales portadoras de la mutación generan más proteína C activada que las no portadoras.
- Los individuos con la mutación tienen mayor concentración plasmática de dicha enzima anticoagulante, lo que les protege de eventos trombóticos.
- Esta investigación de la RIC contribuirán a generar futuras estrategias para estimar el riesgo trombótico de un individuo y para instaurar terapias anticoagulantes individualizadas.



CONSERVACIÓN Y CUIDADO PERMANENTE DEL ÁREA DEL FOLKLORE Y MÚSICA DEL MUSEO ANTROPOLÓGICO DE LA CULTURA ANDINA DE LA UNCP

Asesores:

Mg gustado Acevedo Gonzales

Lic. Jesús Ordaya Valenzuela

Ejecutores:

Gisela Lourdes Inga Hilarion

Gustavo Fernando Ramos Romero

LUGAR DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIADA:

El museo antropológico de la cultura andina de la UNCP está ubicado en el antiguo local central de la Universidad en la bajada de El Tambo – Huancayo.

OBJETIVO GENERAL

- ◆ Conservar y cuidar, el área de folklore y música del museo antropológico de la cultura andina de la Universidad Nacional del Centro del Perú.

RESULTADOS

- ◆ Inauguración del Museo Antropológico de la cultura andina de la UNCP.

CONCLUSIONES DEL JURADO:

- ◆ La cultura de nuestra región siempre será parte de nuestra identidad y como tal debe ser revalorada constantemente ,esperemos que se den mas proyectos como este para que las generaciones futuras puedan conocer nuestra cultura a fondo.



Danza los SHAPIS de Chupaca



La HUACONADA de Mito



Vestimenta de HUAYLARSH en el museo antropológico de la UNCP



INAGURACION DEL MUSEO ANTROPOLOGICO – UNCP

HACIA UN BUEN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL INFANTE DEL DISTRITO DE QUILCAS

Asesores:

Lic. Aníbal Basilio Marcelo

Lic. Esther Marcas Ñavincopa

Lic. Lucia Núñez Ancassi

Ejecutores:

OBJETIVOS LOGRADOS

- Ejecución del control de Crecimiento - Desarrollo y la sensibilización a las madres sobre la importancia de la alimentación en los niños menores de 5 años.
- Mejorar los estilos de vida saludable en alimentación del poblador de la comunidad de Quilcas.
- Aplicación de programa educativo dietas balanceadas nutricionales.
- Educación en loncheras saludables a madres de familia del jardín de infancia.
- Construcción del biohuerto en casa de las familias que apostaron por nuestro trabajo.



Construcción de los biohuertos

METAS LOGRADAS

- 28 niños controlados con el TEPSI y EEDP del PIN en el distrito de Quilcas.
- 20 madres con educación para la Salud sobre dietas balanceada denominado “Aprendiendo a Balancear mis alimentos” en el PIN.
- madres educadas en Loncheras saludables.
- 10 familias con biohuertos en sus hogares.

CONCLUSIONES DEL JURADO:

Es importante orientar a las comunidades sobre las familias y viviendas saludables, ya que esto contribuirá con una mejora en su salud y con unos estilos de vida saludables.



Sensibilización sobre la importancia de la alimentación en los niños menores de 5 años.

VARICELA COMPLICADA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERENCIA, PERÚ 2001-2011

RESUMEN

El objetivo de estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de varicela complicada atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) del Perú durante los años 2001 al 2011. Se realizó una serie de casos que incluyó un total de 1073 niños con varicela complicada. La mediana de la edad fue de 2,5 años, de sexo masculino.

El tipo de complicación más frecuente fueron las infecciones secundarias de piel y partes blandas con 768 casos (72%), se registró 13 (1,4%) fallecidos.

INTRODUCCIÓN

La varicela es una infección causada por el virus varicela-zoster (VVZ), y es considerada como una enfermedad contagiosa relativamente benigna propia de la infancia (1,2); sin embargo, de forma secundaria pueden ocurrir graves complicaciones como infección bacteriana de piel y partes blandas, cerebelitis, encefalitis, neumonía y trastornos hematológicos (2-5); casos que requieren ser hospitalizados en áreas de aislamiento por la alta tasa de contagiosidad (6). La mayoría de los países en vías de desarrollo tienen una población alta de susceptibles al VVZ al no implementarse la vacunación contra la varicela de forma gratuita, a pesar que la vacuna está disponible desde 1968 y es considerada como segura y eficaz (7, 8).



Estudios de vigilancia epidemiológica determinan una tasa de hospitalización por varicela de 2,7-4,2 por 100 000 niños menores de 12 años (3, 9), con un riesgo estimado de hospitalización de 1 cada 550 casos de varicela (9), y una tasa de mortalidad de 2,6 por cada 100 000 casos de varicela entre 0-4 años de edad (10), por lo que en algunos países se suele considerar un problema de salud pública, por las consecuencias socioeconómicas de una enfermedad que afecta prácticamente a todos los niños (11). En el Perú tenemos un esquema de vacunación gratuita que no incluye la vacuna contra la varicela. El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), es el hospital pediátrico de referencia nacional, para el año 2010 contó con 487 camas para hospitalización y cuenta con un ambiente permanente de aislamiento para casos de varicela. Dado que no se encontró artículos en el tema, el objetivo del estudio fue de describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de varicela complicada hospitalizados en el INSN, considerando que esta enfermedad no está sujeta a vigilancia epidemiológica en el Perú.



EL ESTUDIO (Material y métodos)

Estudio de serie de casos con una muestra integrada por todos los casos de varicela complicada hospitalizados en el INSN desde el 2001 al 2011, se empleó como fuente de información los registros hospitalarios de acuerdo la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Se recogió información de todos los pacientes con código BO1 como diagnóstico principal y secundario, al igual que otros estudios epidemiológicos (5,12).

Se consideró caso de varicela complicada a los siguientes diagnósticos consignados en los registros (además de BO1): infección del sistema nervioso central (encefalitis y cerebritis); infección del sistema respiratorio (neumonía o neumonitis); infección de piel y partes blandas (celulitis, absceso, miositis o fascitis necrotizante); de la misma manera las complicaciones de enfermedad hematológica, gastrointestinal y ocular. Consideramos también como caso de presentación severa aquellos pacientes con compromiso sistémico como sepsis, falla multiorgánica, o los casos que recibieron tratamiento quirúrgico de emergencia, hospitalización en aéreas críticas como consecuencia de la varicela, y paciente con inmunosupresión. Además, recolectamos información demográfica como la procedencia, la edad, el sexo y la fecha de hospitalización.

Se realizó un análisis descriptivo empleando para las variables continuas como edad, o estadía hospitalaria, la mediana con su rango intercuartílico (RIQ); y con las variables categóricas como sexo, estadio clínico, tipo de complicación se realizó un análisis de frecuencias. Con la distribución de casos mensuales se construyó una curva epidemiológica en el programa Excel. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del INSN (Código OEAIDE: E-76/11).

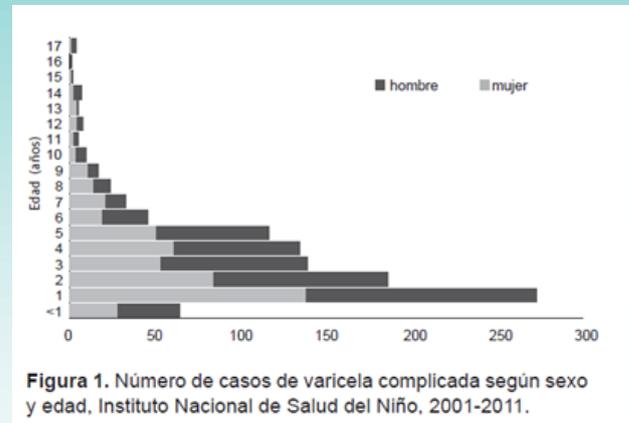


Figura 1. Número de casos de varicela complicada según sexo y edad, Instituto Nacional de Salud del Niño, 2001-2011.

HALLAZGOS

Desde el año 2001 y 2011 se atendieron a 5791 pacientes con diagnóstico de varicela en consultorio externo y hospitalización, de ellos 1566 (27%) son casos hospitalizados por varicela; 12 casos fueron excluidos por presentar información incompleta en su registro de hospitalización, y 1073 fueron incluidos por considerarse varicela complicada, los que conforman nuestra población de estudio.

La mediana de la frecuencia del número de hospitalización fue de 101 pacientes por año, la mediana de la edad fue de 2,5 años (RIQ: 1,1-4,8 años); 578 casos (54%) fueron de sexo masculino, la mediana de la estadía hospitalaria fue de 6 días (RIQ:4-9); el grupo de edad más frecuente fue el de dos a cinco años con 492 casos (46%), 957 casos (81%) fueron de menores de cuatro años (Figura 1).

En el Figura 2, correspondiente a la curva epidemiológica de casos de varicela complicada hospitalizados por meses, se aprecia que el mayor número de casos coinciden con los meses de noviembre hasta febrero del siguiente año y corresponden con las estaciones de primavera y verano, lo que sugiere un comportamiento cíclico estacional.

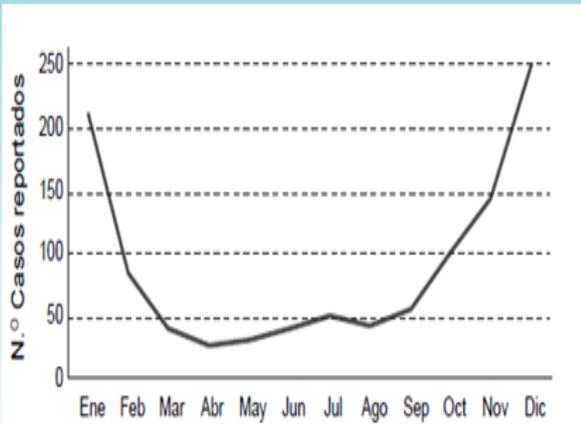


Figura 2. Curva epidemiológica mensual de casos de varicela complicada, Instituto Nacional de Salud del Niño, 2001-2011.

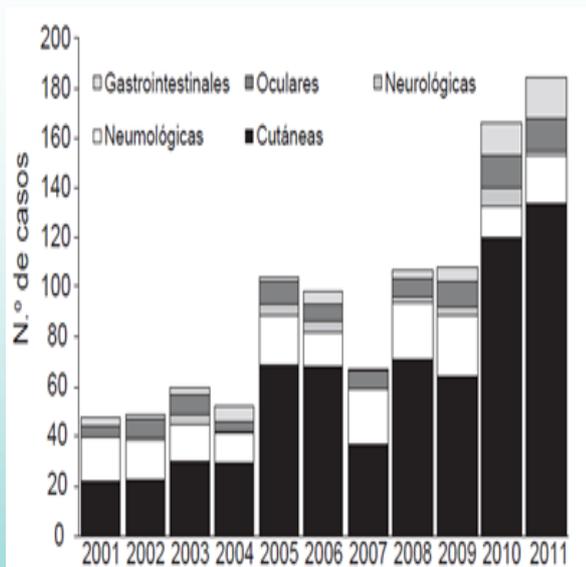


Figura 3. Tipo de complicación de casos de varicela atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2001-2011.

Con respecto a la procedencia de los pacientes que se hospitalizaron, 1504 (96%) fueron del departamento de Lima; de ellos, los distritos con más casos fueron San Juan de Lurigancho 208 (13%); Lima Cercado 113 (7%); San Martín de Porres 102 (7%); Ate 93 (6%); La Victoria 77 (5%); Comas 71 (5%); San Juan de Miraflores 69 (5%); Villa el Salvador 68 (5%); Los Olivos 66 (4%); Independencia 61 (4%); El Agustino 61 (4%), y el Callao 52 (3%).

El número de casos de varicela complicada por año tiende al incremento, siendo mayor en los últimos tres años; si analizamos que el promedio de casos entre los años 2001 al 2003 fue de 53 casos por año, pero en los tres últimos años fue de 156 casos por año (Figura 3). Los tipos de complicación de casos de varicela hospitalizados son 768 (72%); infección secundaria de piel y partes blandas, 193 (18%); complicaciones neurológicas, 90 (8%); complicaciones oculares, 64 (6%), y complicaciones gastrointestinales, 31 (3%). De los casos complicados de infecciones secundarias de piel y partes blandas por celulitis fueron 398 (52%); impétigo, 283 (37%); pioderma, 35 (5%); absceso 22 (3%), e infección necrótica 17 (2%).

Los casos de varicela complicada en su presentación como severa fueron 69 casos (6%) y los fallecidos fueron 13 (1,2%), todos menores de cinco años, con la mediana de edad de dos, de los cuales ocho fueron de sexo femenino y cinco fueron de sexo masculino, todos con diagnóstico de infección necrotizante de piel y tejidos blandos, pero dos, además, tuvieron neumonía.



DISCUSIÓN

En la ciudad de Lima los casos de varicela son atendidos por lo general en la consulta ambulatoria; los casos complicados son trasladados para ser manejados en el servicio de infectología del INSN, por ser el único hospital con áreas de aislamiento permanente adecuado para evitar la transmisión; por ello creemos que la información obtenida es el reflejo de los casos de varicela complicados hospitalizados de Lima; sin embargo, muchos casos severos de evolución rápida pudieron atenderse en otros hospitales, y otros casos pudieron ser atendidos en clínicas privadas, siendo esta una limitación del estudio.

Es cierto que nuestros casos estudiados no representan a todos los casos de varicela de la ciudad de Lima, pero considerando que estos representan una proporción de ellos, nos hace pensar que existe mayor transmisión del VVZ en periodos que favorecen su replicación viral y obedecería a factores climatológicos (13,14).

Llama la atención que la mayoría de los casos de varicela complicada procedan de los distritos limeños con mayor índice de pobreza. Esto podría estar asociado también con un menor nivel de educación de los padres. Al respecto, un estudio en población colombiana encontró relación entre menor calidad de educación y mayor incidencia de casos de varicela (15). Esto podría explicar el incremento de casos de varicela complicada en los últimos años y el porqué del incremento de

los casos de infección secundaria de piel y partes blandas (Figura 3); y nos orientan a plantear que las estrategias de promoción de la salud no son del todo efectivas dado que el cuidado en casa de los niños con varicela no son los más adecuados, lo que predispone a que se compliquen.

Los casos de varicela se producen especialmente en niños menores de cuatro años (8,16), quienes presentaron mayores complicaciones severas (fasciitis necrotizante, neumonía y encefalitis) al igual que en otros estudios (3,11,16,17). Sin embargo, los casos de varicela con inmunosupresión o comorbilidades (casos incluidos como varicela severa), representan una proporción muy baja en comparación a lo descrito en países desarrollados (9,12).

CONCLUSIÓN

En conclusión, los casos de varicela complicada hospitalizados en el INSN fueron principalmente en menores de cinco años, con un tiempo de hospitalización corto, con una baja proporción de fallecidos. La frecuencia de los casos sugiere una distribución cíclica estacional y tendencia al incremento de casos en los últimos años relacionados con las infecciones secundarias de piel y blandas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis KA. Computed tomography to exclude necrotizing soft tissue infection: not quite ready for prime time?: comment on "Diagnosis of necrotizing soft tissue infections by computed tomography". *Arch Surg.* 2010;145(5):455.
2. Boelle PY, Hanslik T. Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates. *Epidemiol Infect.* 2002;129(3):599-606.
3. Marcitelli R, Bricks LF. Varicella zoster in children attending day care centers. *Clinics (Sao Paulo).* 2006;61(2):147-52.
4. Gil A, Oyagüez I, Carrasco P, González A. Epidemiology of primary varicella hospitalizations in Spain. *Vaccine.* 2001;20(3-4):295-8.
5. Marchetto S, de Benedictis FM, de Martino M, Versace A, Chiappini E, Bertaine C, *et al.* Epidemiology of hospital admissions for chickenpox in children: an Italian multicentre study in the pre-vaccine era. *Acta Paediatr.* 2007;96(10):1490-3.
6. American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections IPG. Report of the Committee on Infectious Diseases. IL: American Academy of Pediatrics; 2004.
7. Vázquez M, LaRussa PS, Gershon AA, Steinberg SP, Freudigman K, Shapiro ED. The effectiveness of the varicella vaccine in clinical practice. *N Engl J Med.* 2001;344(13):955-60.
8. Heininger U, Seward JF. Varicella. *Lancet.* 2006;368(9544):1365-76.
9. Peterson CL, Mascola L, Chao SM, Lieberman JM, Arcinue EL, Blumberg DA, *et al.* Children hospitalized for varicella: a prevaccine review. *J Pediatr.* 1996;129(4):529-36.
10. Rawson H, Crampin A, Noah N. Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data. *BMJ.* 2001;323(7321):1091-3.
11. Quian J, Rüttimann R, Romero C, Dall'Orso P, Cerisola A, Breuer T, *et al.* Impact of universal varicella vaccination on 1-year-olds in Uruguay: 1997-2005. *Arch Dis Child.* 2008;93(10):845-50.
12. Galil K, Brown C, Lin F, Seward J. Hospitalizations for varicella in the United States, 1988 to 1999. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21(10):931-5.
13. Fairley CK, Miller E. Varicella-zoster virus epidemiology--a changing scene? *J Infect Dis.* 1996;174 Suppl 3:S314-9.
14. Yawn BP, Yawn RA, Lydick E. Community impact of childhood varicella infections. *J Pediatr.* 1997;130(5):759-65.
15. Idrovo AJ, Albavera-Hernandez C, Rodríguez-Hernández JM. Social epidemiology of a large outbreak of chickenpox in the Colombian sugar cane producer region: a set theory-based analysis. *Cad Saude Publica.* 2011;27(7):1393-402.
16. Pérez-Yarza EG, Arranz L, Alustiza J, Azkunaga B, Uriz J, Sarasua A, *et al.* Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años. *An Pediatr (Barc).* 2003;59(3):229-33.
17. Abarca K, Hirsch T, Potin M, Perret C, Zamorano J, González C, *et al.* Complicaciones en niños con varicela en cuatro hospitales de Santiago- Chile: Espectro clínico y estimación de costos directos. *Rev Med Chil.* 2001;129(4):397-404.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LAS ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL DISTRITO DE ACOLLA –

2012

Asesores:

Yallico Madge Luz Consuelo

Quispe De Lira Nelly Flora

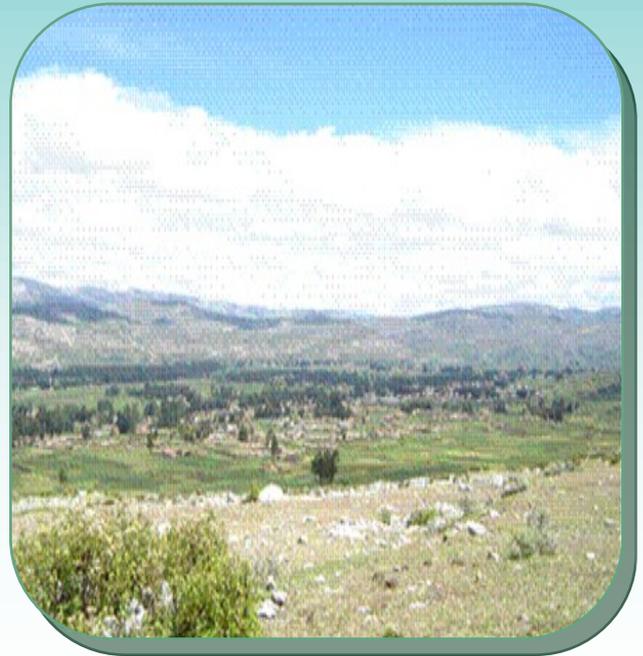
Ejecutores:

Campuzano Carbajal Leonor Bertila

Cano Camayo Evelin Angie

Institución Beneficiada:

DISTRITO DE ACOLLA, PROVINCIA DE JAUJA, REGION JUNIN



DISTRITO DE ACOLLA

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Realizar el seguimiento y monitoreo de las actividades de estimulación temprana del niño y la niña menor de edad 3 años, en el centro de Estimulación Temprana ubicado en el Centro de Salud del distrito de Acolla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Coordinar las actividades previas al proceso de seguimiento y monitoreo de la actividad de Estimulación temprana con la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad Distrital de Acolla.
- Coordinar las actividades previas al proceso de seguimiento y monitoreo de la actividad de Estimulación temprana con el personal de Enfermería de la Micro red Valle de Yanamarca.
- Monitorizar las actividades que desarrolla el personal de salud en la actividad de Estimulación temprana como parte del control de Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña menor de 3 años de edad en el distrito de Acolla.



GRUPO MONOVALENTE DE PROYECCIÓN SOCIAL "FUTURO Y VIDA" EN LA MICRO RED DE SALUD

METAS LOGRADAS:

- El 100% de los niños que asisten al control de crecimiento y desarrollo, reciben estimulación temprana en la jurisdicción del distrito de Acolla
- Capacitación a enfermeras integrantes de la Micro Red de Salud Acolla y Red Jauja responsables de las actividades de Estimulación Temprana.
- Seguimiento y Monitoreo al personal de salud responsable del cumplimiento de las actividades de Estimulación Temprana en niños menores de 36 meses.

CONCLUSIONES:

- Se cumplió con las actividades programadas de Seguimiento y Monitoreo:
- Seguimiento de las actividades en la Estrategia de Salud Integral en niños menores de cinco años, el cual generó la necesidad de reforzamiento sobre Estimulación Temprana.
- Se brindó capacitación al personal de la Microred de Salud Acolla y a la Red Jauja sobre: "ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL MARCO DE LA NORMA VIGENTE".
- Se realiza el Monitoreo en los establecimientos de la Microred de Salud de Acolla.



SESIONES DE DEMOSTRACIÓN
DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN



SESIONES DE DEMOSTRACIÓN
DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN

EMPLEO DE PLANTAS MEDICINALES EN USUARIOS DE DOS HOSPITALES REFERENCIALES DEL CUSCO, PERÚ

RESUMEN

Con el fin de determinar la frecuencia de empleo de plantas medicinales y describir las características de su uso en pacientes de dos hospitales referenciales de la ciudad de Cusco, se realizó un estudio transversal entre agosto y septiembre de 2011. Para el recojo de datos se construyó un instrumento, validado por juicio de expertos. El tamaño de la muestra fue de 250 personas seleccionadas no probabilísticamente. El 83,2 y 75,3% informaron haber empleado plantas medicinales alguna vez en su vida y en el último mes, respectivamente; además, el 85,7 señaló que desearía que su médico le recete plantas medicinales. Sus usos más frecuentes son para problemas digestivos (62,4%); urinarios (42,4%), y respiratorios (40,4%). Se concluye que el empleo de plantas medicinales se encuentra bastante difundido entre los usuarios de dos hospitales referenciales de la ciudad de Cusco. Los patrones de empleo revelan que los pacientes desean que los médicos del sistema de salud prescriban plantas medicinales en su acto médico.

Palabras clave: Plantas medicinales; Medicina tradicional; Hospitales; Perú (fuente: DeCS BIREME).



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de Salud, la medicina tradicional comprende a las prácticas, los enfoques, los conocimientos y las creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas; en animales o minerales; en terapias espirituales; en técnicas manuales, y en ejercicios aplicados de forma individual, o en combinación, para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (1).

En países en vías de desarrollo se ha descrito que hasta el 90% de la población usa la medicina tradicional (1). Estudios en Latinoamérica reportan diferentes frecuencias de uso de plantas medicinales. En una zona rural de Córdoba (Argentina) se ha descrito que el 100% de la población conocía sobre el uso de plantas medicinales, y el 78% conocía al menos cinco especies (2). En Brasil, dependiendo de la región, la frecuencia de uso de plantas medicinales puede variar entre 70 y 98% de pobladores que la usan (3,4). En tanto que en Panamá el 84% de adultos que acuden a una unidad de atención primaria, usan también plantas medicinales (5).

El año 2007 se realizó una cumbre internacional organizada por el Colegio Médico del Perú, conocida como La Declaración de Lima, la cual reconoce -entre otros puntos- la importancia de la medicina tradicional y recomienda su armonización y articulación con los sistemas de salud oficiales de cada país (6). La medicina occidental y tradicional no son excluyentes sino que coexisten dependiendo de la disponibilidad de los servicios de salud. (7)



En el Perú, el tema ha sido trabajado mediante varios estudios de etnobotánica realizados en poblaciones diversas (7-10). Sin embargo, no encontramos estudios sobre la frecuencia de empleo de plantas medicinales ni en la población en general ni entre aquellos que acuden a hospitales del sistema de salud oficial, especialmente al tercer nivel de atención, donde existe una mayor oferta de servicios de salud (que incluye medicamentos, terapias y servicios disponibles) que en zonas netamente rurales.

Las explicaciones para el uso extendido de plantas medicinales en el Perú obedecen a la riqueza y variedad en especies vegetales (11), y a la tradición existente sobre su empleo desde el periodo preinca, y que ha persistido hasta la fecha (9,12). En nuestro país el uso de plantas medicinales coexiste con la medicina occidental, especialmente en el primer nivel de atención, donde su uso está orientado a prevenir y aliviar diversos problemas de salud (7); sin embargo, se ha observado que su uso persiste aún entre los usuarios de establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (13). La Dirección Regional de Salud del Cuzco está compuesta por cuatro redes de servicios de salud y dos hospitales referenciales; la ciudad del Cuzco se caracteriza por su riqueza cultural, por sus tradiciones y su folclore, entre los que se cuenta la medicina tradicional; a pesar de ello, no hemos encontrado publicaciones que sugieran las características del consumo, o las motivaciones para el empleo de plantas medicinales; particularmente en pobladores de zonas andinas. Por ello, el objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia y las características del empleo de plantas medicinales en población adulta que asiste a los dos hospitales referenciales de una ciudad capital de la sierra peruana.

EL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal en la ciudad de Cuzco entre los meses de agosto y septiembre de 2011, se incluyeron dos hospitales de referencia de la zona (el Hospital de Apoyo Departamental nivel III del Ministerio de Salud [HADIII] y el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco nivel IV del Seguro Social [HNAGV]).

La población estuvo conformada por los pacientes que acuden a consulta externa de medicina general y medicina interna de los dos hospitales. El tamaño planeado de la muestra fue de 250 personas, para su cálculo se consideró un tamaño poblacional no conocido, una prevalencia de uso de plantas medicinales del 84% (6), el nivel de confianza se fijó en 95%, el error en 5% y la tasa anticipada de respuesta en 80%. Los participantes fueron elegidos de manera no probabilística, por cuotas (125 por hospital), los cuales fueron seleccionados a través de la ocupación de asientos preescogidos en la sala de espera. Se incluyeron usuarios de los hospitales mayores de edad y que aceptaran participar del estudio luego de haber obtenido el consentimiento informado oral. Se excluyeron los cuestionarios incompletos en más del 40% de las preguntas o que no respondieron a la pregunta sobre uso de plantas medicinales.



Para la recolección de datos se construyó un cuestionario estructurado, el cual incluyó características sociodemográficas, nivel socioeconómico y preguntas relacionadas al uso de plantas medicinales. El nivel socioeconómico fue determinado mediante la escala de Graffar-Mendez, la cual lo clasifica en cinco estratos (alto, medio alto, medio, pobreza relativa y pobreza crítica). La validez de contenido fue evaluado mediante juicio de expertos, en el que participaron expertos en medicina tradicional, Salud Pública, medicina familiar y medicina interna, la viabilidad del instrumento fue evaluada con una prueba piloto. El cuestionario fue traducido al idioma quechua y fue aplicado por un personal bilingüe de ciencias de la salud (español-quechua). Se realizó la indicación a los participantes de no considerar como uso de planta medicinal a productos sintéticos y transformados como bebidas en sobres filtrantes, extractos comerciales o multivitamínicos.

El estudio fue aprobado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Antonio Abad de Cusco. Se empleó un consentimiento informado oral previa participación. El análisis estadístico incluyó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de las variables en estudio, para ello se empleó el programa estadístico SPSS Ver 19.0.

HALLAZGOS

Se encuestaron un total de 250 personas, la media de edad fue de $42,4 \pm 15,9$ años, el 66% fueron mujeres. El 46,8% tenía educación universitaria y el 70,1% de ellos fue captado en el HNAGV; el 10% tenía educación primaria o menor y el 88% de ellos fue captado en el HADIII. El 22% pertenecía a la clase media alta, de ellos, el 83,6% correspondía al HNAGV; mientras que el 12% se encontraba en pobreza crítica, de los cuales el 86,7% fue captado en el HADIII (Tabla 1). Todos los participantes respondieron el cuestionario en español.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes según hospital.

	Hospital	
	MINSA N.º (%)	EsSalud N.º (%)
Sexo*		
Masculino	43 (51,2)	41 (48,8)
Femenino	82 (49,7)	83 (50,3)
Nivel educativo		
Primaria o menos	22 (88,0)	3 (12,0)
Secundaria	38 (71,7)	15 (28,3)
Técnica Superior	30 (54,5)	25 (45,5)
Universitaria	35 (29,9)	82 (70,1)
Estrato Socioeconómico †		
Media alta	9 (16,4)	46 (83,6)
Media	20 (28,6)	50 (71,4)
Pobreza relativa	50 (68,5)	23 (31,5)
Pobreza crítica	26 (86,7)	4 (13,3)

*Un caso de EsSALUD no registró su sexo. †veinte casos del MINSA y dos casos de EsSALUD no completaron la escala de Graffar-Mendez



El 83,2% reportó haber usado plantas medicinales, el promedio de la edad entre los que emplean plantas medicinales fue de $42,4 \pm 16,1$ años. Las plantas medicinales fueron usadas con mayor frecuencia para tratar problemas digestivos (62,4%), urinarios (42,2%) y respiratorios (40,4%). Los principales motivos por el cual usaron alguna vez plantas medicinales fueron por el consejo de familiar o amigo (47,6%) y por su confianza en la medicina tradicional (29,6%). El 36,8% de participantes afirmó que su médico le recetó plantas medicinales en alguna oportunidad, el 67,8% indicó que practica el uso combinado de medicamentos y plantas medicinales, además al 93,7% le gustaría que su médico se las recete. Es importante destacar que el 75,3% cree que las plantas medicinales pueden producir daño si no son empleadas correctamente; mientras que 60,9% tiene la percepción que las plantas medicinales si son usadas adecuadamente causan menor daño en la salud que los medicamentos empleados en la medicina occidental (Tabla 2).

La proporción de empleo de plantas medicinales entre aquellos que desean que el médico se las recete (85,7%) es mayor que en el grupo que no lo desean (60,0%). La proporción de uso de plantas medicinales entre aquellos cuyo médico les recomendó su empleo (89,9%) es mayor que en el grupo donde no hubo esta recomendación (79,7%). Entre los participantes que confían en la medicina tradicional la proporción del empleo de plantas medicinales fue mayor que en el grupo que no confían (98,6 y 76,6% respectivamente) (Tabla 3).

Un total de 215 participantes respondieron a la pregunta del número de veces que usaron plantas medicinales en el último mes. El 75,3% refirió haberlas usado; el 43,7% de ellos las uso dos a menos veces; el 23,7% las emplearon de tres a cinco veces; el 17,7% de 6 a 25 veces, y el 14,9% más de 25 veces. La mediana del número de veces de uso de plantas medicinales fue de 5 (rango intercuartil: 2-15).

Tabla 2. Patrón de empleo y percepción sobre las plantas medicinales.

	N.º (%)
Tipo de problema (n=250)	
Problemas digestivos	156 (62,4)
Problemas urinarios	106 (42,4)
Problemas respiratorios	101 (40,4)
Nervios	38 (15,2)
Problemas osteoarticulares y dolores de cabeza	33 (13,2)
Limpieza de sangre	29 (11,6)
Problemas ginecológicos	24 (9,6)
Problemas de piel y cabello	19 (7,6)
Número de problemas en los que se usó plantas medicinales (n=208)*	
Uno	61 (29,3)
Dos	60 (28,8)
Tres	53 (25,5)
Cuatro	19 (9,1)
Cinco	15 (7,2)
Motivo de uso de planta medicinal (n=250)	
Consejo de familiar o amigo	119 (47,6)
Confianza en medicina tradicional	74 (29,6)
Para prevenir enfermedades	48 (19,2)
Por publicidad/lectura revista/TV/Internet	35 (14,0)
Complemento a las medicamentos /drogas	34 (13,6)
Tratamiento de enfermedades no graves	32 (12,8)
Consejo de su médico	20 (8,0)
Consejo de herbolario, vendedor de hierbas	12 (4,8)
Desconfianza en la medicina del hospital	12 (4,8)
No acceso a otro tratamiento	4 (1,6)
Consejo de farmacéutico	4 (1,6)
Prácticas del proveedor de atención en salud	
Su médico le ha recetado plantas medicinales (n=242)	89 (36,8)
Alguna vez un herbolario, curandero o vendedor de plantas le ha recomendado acudir al médico o farmacéutico (n=238)	63 (26,5)
Prácticas del usuario	
Le gustaría que su médico le recete una planta medicinal (n=239)	224 (93,7)
Cuando está enfermo toma una planta medicinal además del medicamento recetado por un médico (n=239)	162 (67,8)
Cree que algunas plantas medicinales pueden producir daño si no son empleados correctamente (n=243)	183 (75,3)
Percepción sobre menor daño (n=238)	
Tratamiento con plantas medicinales	145 (60,9)
Tratamiento con medicamentos/drogas	78 (32,8)
Ambos son igual de peligrosos	15 (6,3)

* El "n" en este caso corresponde a aquellos que afirmaron emplear plantas medicinales.



Tabla 3. Frecuencias de uso de plantas medicinales.

	Total N.º	Usa N.º (%)
Hospital (n=250)		
EsSalud	125	100 (80,0)
Ministerio de Salud	125	108 (86,4)
Sexo (n=249)		
Masculino	84	66 (78,6)
Femenino	165	141 (85,5)
Estrato socioeconómico (n=228)		
Media alta	55	43 (78,2)
Media	70	53 (75,7)
Pobreza relativa	73	64 (87,7)
Pobreza crítica	30	28 (93,3)
Grado de instrucción (n=250)		
Primaria o menos	25	22 (88,0)
Secundaria	53	48 (90,6)
Técnico superior	55	48 (87,3)
Universitario	117	90 (76,9)
Recomendación de uso por médico (n=242)		
Tiene recomendación	89	80 (89,9)
No tiene recomendación	153	122 (79,7)
Recomendación de uso por amigo/familiar (n=250)		
Tiene recomendación	119	118 (99,2)
No tiene recomendación	131	90 (68,7)
Deseo que el médico le recete (n=239)		
Tiene el deseo	224	192 (85,7)
No tiene el deseo	15	9 (60,0)
Creencia que planta medicinal podría causar daño (n=243)		
Cree	183	152 (83,1)
No cree	60	51 (85,0)
Confianza en medicina tradicional (n=250)		
Confía	74	73 (98,6)
No confía	176	135 (76,7)
Confianza en medicamentos del hospital (n=250)		
Confía	12	12 (100,0)
No confía	238	196 (82,4)

Los valores de "n" varían debido a que no se excluyeron del análisis los datos perdidos.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha encontrado una elevada frecuencia de empleo de plantas medicinales en usuarios del tercer nivel de atención, dichas cifras son mayores a las prevalencias de uso en el último año reportada en países en vías de desarrollo como Jamaica (72,6%) (14) y Bolivia (60%) (15). Estos resultados confirman el amplio uso de plantas medicinales no solo en el primer nivel de atención, sino también en población que acude a establecimientos de mayor complejidad en diversas regiones o países (6,14,15).

Algunos estudios sugieren que el uso de plantas medicinales está relacionado al sexo, a la edad, al nivel educativo, al nivel socioeconómico, a la religión y al tener pobre percepción de salud como características asociadas al uso de plantas medicinales (14-16). En este estudio, al comparar el empleo entre ambos hospitales, a pesar que el nivel educativo y el nivel socioeconómico son mejores en el grupo del Hospital de EsSalud, las proporciones de uso solo difieren en 6,4%. Esto sugeriría que el empleo de las plantas medicinales se encuentra altamente difundido en los usuarios de los servicios de salud de la región Cusco, y que su empleo va más allá del sexo, nivel educativo y nivel socioeconómico.

Una alta proporción de la población encuestada espera que su médico conozca, haga uso y recete plantas medicinales para el tratamiento de dolencias físicas. Creemos que ello se debe a que en Cusco coexisten tres sectores del sistema del cuidado de salud: el sector popular (representado por el ciudadano común); el sector folklórico (representado por curanderos o chamanes), y el sector profesional (representado por profesionales de la salud) (7); este contexto cultural determinaría la elevada frecuencia de uso de plantas medicinales solas o en combinación con medicamentos.

Los estudios sugieren que la cooperación entre la medicina tradicional, en este caso empleo de plantas medicinales, y la medicina occidental es posible y beneficiosa para la población; por el contrario, la falta de cooperación puede generar mal uso de la medicina tradicional por el mismo paciente e incluso por el personal de salud (17,18).

El uso de plantas medicinales con más frecuencia hallado en este estudio (digestivos, urinarios y respiratorios en orden de frecuencia) ha sido ampliamente descritos en la literatura (14-16,19); un trabajo realizado en nueve mercados de la ciudad de Cusco encontró 152 especies distintas de plantas medicinales, 40% de estas eran empleadas para problemas inflamatorios hepáticos y renales; el 30% para problemas digestivos, y el 20% para problemas respiratorios (20).

Respecto al empleo de plantas medicinales por profesionales del sector formal, aun cuando las personas pueden confundir a médicos con otro personal de salud, el 36,8% de participantes refiere que sus médicos le han recetado plantas medicinales. A pesar que los participantes tienen acceso a los servicios de salud, existe gran predisposición y aceptación del uso de plantas medicinales, más aun si la prescripción está dada por médicos del sistema formal de salud. Existe casi un 70% de participantes que consumen plantas medicinales además del medicamento, este porcentaje es similar a lo encontrado en otros países (15,16), en el presente estudio no se evalúa si dicho uso combinado fue prescrito por el médico tratante.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se debe señalar que los resultados no pueden extrapolarse a la población del distrito de Cusco, puesto que solo se incluyeron participantes que tienen acceso a los hospitales estudiados. Se puede considerar que los resultados de frecuencia de uso hubieran sido mayores de realizar el estudio fuera de un ambiente hospitalario (domicilio o comunidad). Las debilidades del cuestionario fueron que no se exploró si el inicio del empleo de plantas medicinales empezó en la infancia a través de los padres, ello permitiría ahondar en el carácter cultural de este fenómeno; tampoco se identificó las plantas medicinales usadas por los participantes para los problemas más comunes de salud. Sin embargo, se puede considerar que este estudio constituye un primer esfuerzo por determinar la frecuencia de uso de plantas medicinales por usuarios de establecimientos del tercer nivel de atención en Perú, dado que la mayoría de estudios nacionales relacionados a plantas medicinales se enfocan en las propiedades de las plantas medicinales.



CONCLUSION

En conclusión, nuestros resultados brindan una importante evidencia del empleo extendido de las plantas medicinales en usuarios del sistema de salud, en especial entre quienes han recibido la sugerencia de un médico y entre los que desean que el médico les prescriba plantas medicinales. Nuestros resultados sugieren que los usuarios esperan que el sistema de salud incorpore las plantas medicinales en su oferta de salud.



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS; 2002.
2. Arias B. Diversidad de usos, prácticas de recolección y diferencias según género y edad en el uso de plantas medicinales en Córdoba, Argentina. *Bol Latinoam Caribe Plant Med Aromat.* 2009;8(5):389-401.
3. Oliveira AK, Oliveira NA, Resende UM, Martins PF. Ethnobotany and traditional medicine of the inhabitants of the Pantanal Negro sub-region and the raizeiros of Miranda and Aquidauna, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Braz J Biol.* 2011;71(1 suppl 1):283--9.
4. Vigano J, Vigano J, Araujo C. Utilização de plantas medicinais pela população da região urbana de Três Barras do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2007;29(1):51-8.
5. Llorach C, Chen C, González E, Hernández A, Rodríguez Y. Uso de plantas medicinales en adultos que acuden a una unidad de atención primaria de Panamá. *Archivos Med Fam Gen.* 2007;4(1):15-8.
6. Primera Cumbre Mundial de Armonización de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, Lima, Perú, 2007. *Acta Med Per.* 2008;25(2):123--4.
7. Mathez-Stiefel SL, Vandebroek I, Rist S. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2012;24;8:26.



8. Sanz-Biset J, Cañigüeral S. Plant use in the medicinal practices known as “strict diets” in Chazuta valley (Peruvian Amazon). *J Ethnopharmacol.* 2011;137(1):271-88.
9. Bussmann RW, Sharon D. Traditional medicinal plant use in Northern Peru: tracking two thousand years of healing culture. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2006;2:47.
10. Bussmann RW, Sharon D, Vandebroek I, Jones A, Revene Z. Health for sale: the medicinal plant markets in Trujillo and Chiclayo, Northern Peru. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2007;3:37.
11. Li Pereyra E. Estado del Arte del Sector de Plantas Medicinales en Perú. Informe Final. Lima: Andean Products; 2006.
12. Bussmann RW, Sharon D. Shadows of the colonial past--diverging plant use in Northern Peru and Southern Ecuador. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2009;5:4.
13. Ceuterick M, Vandebroek I, Pieroni A. Resilience of Andean urban ethnobotanies: a comparison of medicinal plant use among Bolivian and Peruvian migrants in the United Kingdom and in their countries of origin. *J Ethnopharmacol.* 2011;136(1):27-54.
14. Picking D, Younger N, Mitchell S, Delgoda R. The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica. *J Ethnopharmacol.* 2011; 137(1):305-11.
15. Knotek K, Verner V, Chaloupkova P, Kokoska L. Prevalence and use of herbal products in the Czech Republic: over-the-counter survey among adult pharmacies clients. *Complement Ther Med.* 2012;20(4):199-206.
16. Gardiner P, Graham R, Legedza AT, Ahn AC, Eisenberg DM, Phillips RS. Factors associated with herbal therapy use by adults in the United States. *Altern Ther Health Med.* 2007;13(2):22-9.
17. Calvet-Mir L, Reyes-García V, Tanner S. Is there a divide between local medicinal knowledge and Western medicine? a case study among native Amazonians in Bolivia. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2008;4:18.
18. Giovannini P, Reyes-García V, Waldstein A, Heinrich M. Do pharmaceuticals displace local knowledge and use of medicinal plants? Estimates from a cross-sectional study in a rural indigenous community, Mexico. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):928-36.
19. Allabi AC, Busia K, Ekanmian V, Bakiono F. The use of medicinal plants in self-care in the Agonlin region of Benin. *J Ethnopharmacol.* 2011;133(1):234-43.
20. Huamantupa I, Cuba M, Urrunaga R, Paz E, Ananya N, Callalli M, *et al.* Riqueza, uso y origen de plantas medicinales expendidas en los mercados de la ciudad del Cusco. *Rev Peru Biol.* 2011;18(3):283-91.



ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA / UN PUNTO DE PARTIDA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 03 AÑOS; EN EL DISTRITO DE PACA – ANEXO DE YANACANCHA

Asesores:

Rosales Rojas Rafael

Lobo Suarez Mesias Cayo

Ejecutores:

Rojas Briceño, Elvira Dora

Sullca Lenes, Liz Karen

Yañac Barzola, Marivet

Institución Beneficiada:

Comunidad de Paca

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Formar niños y niñas menores de 05 años inteligentes física e intelectualmente en la municipalidad Distrital de Paca – Anexo de Yanacancha

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mejorar la alimentación y nutrición de los niños menor de 5 años a través de la preparación de papillas.

Mejorar la calidad de vida de los niños y niñas mejorando sus potencialidades a través de la estimulación temprana.

METAS LOGRADAS:

- Se logro el segundo objetivo específico: Mejorar la alimentación y nutrición de los niños menor de 5 años a través de la preparación de papillas. Logrando las siguientes metas:
- Evaluación antropométrica (peso y talla)
- Sensibilizar a la madre acerca de la desnutrición infantil, sus causas, importancia y repercusiones.
- Sensibilizar a las madres sobre las prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos, de condiciones saludables al elaborar los alimentos y al elegirlos y de la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Educar sobre la manera correcta de dar de lactar al niño menor de 6 meses.
- Sensibilizar a las madres la importancia de la introducción de la ablactancia a partir de los 6 meses.
- Educar acerca de cómo introducir la ablactancia en los primeros meses y como continuar hasta el años de edad.

CONCLUSIONES:

- En el Anexo de Yanacancha aun persiste el álgido problema de la desnutrición infantil puesto que está demostrado que es necesario el trabajo constante a largo plazo para poder evaluar el impacto significativo.
- Se logro en la comunidad en este periodo de tiempo el primer objetivo específico, pero no el segundo puesto que la mayoría de niños no estaba en condiciones de recibir estimulación temprana, sino intervención porque ya presentaban Trastornos del desarrollo e inadecuado crecimiento.



ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL RECIÉN NACIDO

ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE 2-3 AÑOS



SESIONES DE DEMOSTRACIÓN DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN A LAS MADRES



INCENTIVAR LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA DE VASO DE LECHE EN EL DISTRITO DE HUALHUAS – 2012

ASESORES:

Gustabo Acevedo Gonzales

Jesus Luis Ordaya Valenzuela

Victoria Salcedo Matos

EJECUTORES:

Argote Ventocilla Daysi

Hilario Ramon Flor Dina

Porras Cachuan Yanet

INSTITUCIÓN BENEFICIADA:

Distrito De Hualhuas

OBJETIVOS:

- Incentivar a las madres a la participación activa en las charlas que se brindara en la |comunidad.
- Se Brindó consejería a la familia y comunidad en los diferentes aspectos de la planificación familiar.
- Se Incentivó a las madres a la participación activa en las charlas que se brindara en la |comunidad.
- Se orientó a las madres del programa de vaso de leche sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

METAS LOGRADAS:

- Se logro orientar a las madres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos para prevenir el número de hijos no deseados.
- Se logro satisfacer las necesidades de desconocimiento de los métodos anticonceptivos de las madres del programa de vaso de leche a través de consejería a la familia y comunidad en los diferentes aspectos de la planificación familiar.

CONCLUSIONES:

- Se logro disminuir la tasa de natalidad y satisfacer las necesidades de las madres del programa de vaso de leche del distrito de Hualhuas, a través de la ponencia realizada por el obstetra GUSTABO ACEVEDO GONZALES, acerca de los temas de Planificación familiar y métodos anticonceptivos, por lo que se considera que dio un gran aporte al distrito de Hualhuas sobre todo en las madres beneficiarias del programa de vaso de leche.



EJECUTORAS DE LA PROYECCIÓN Y LA SRTA. MELINA ENCARGADA DEL ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL



**INTEGRANTES CON EL ALCALDE DEL
DISTRITO DE HUALLHUAS EDDEN
CHIPANA TURIN**

**ASISTENTES ESCUCHANDO LA PO-
NENCIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**



**PRESENTACIÓN DEL PONENTE .PROFESOR. GUSTABO ACEVEDO
CHARLA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**



LOGOTIPO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



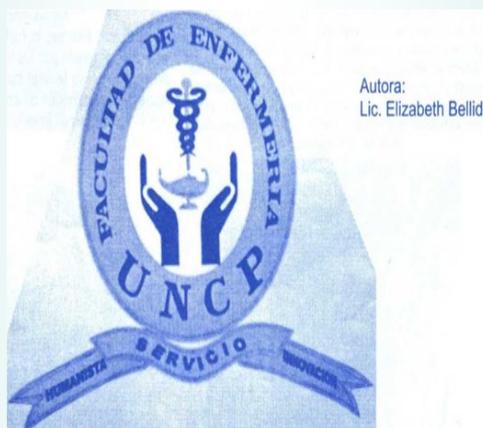
HISTORIA DE LA CREACION DEL LOGO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Mg. Miryam Soriano Camargo

Los hechos que acontecen en una facultad, marcan el camino y el rumbo que esta asuma para el logro de sus objetivos.

Por ello se presenta una referencia del concurso del logotipo de la FEN de cuyo resultado tenemos ahora el símbolo que nos representa.

La comisión organizadora del "CONCURSO DEL LOGOTIPO FEN - 1999" de la facultad de enfermería convocó a concurso la elección de logotipo el día 20 de diciembre de 1999 dando como ganador al siguiente logo.



Este logotipo representa el labor de enfermería, en una perspectiva humanista, de servicio y en busca de innovación. El símbolo de las manos expresa la mística en servicio buscando la innovación científica que somos capaces de transformar por nuestra formación profesional como predica la misión y visión de nuestra facultad, así como el perfil profesional. La lámpara que ilumina representa la sabiduría crítica así como el ejemplo de nuestros asesores y el caduceo que simboliza y nuestra participación en el equipo multidisciplinario de salud.



LOGOTIPO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



HISTORIA DE LA CREACION DEL LOGO DE LA FACULTAD

Mg. Miryam Soriano Camargo

Los hechos que acontecen en una facultad, marcan el camino y el rumbo que esta asuma para el logro de sus objetivos.

Por ello se presenta una referencia del concurso del logotipo de la FEN de cuyo resultado tenemos ahora el símbolo que nos representa.

La comisión organizadora del "CONCURSO DEL LOGOTIPO FEN - 1999" de la facultad de enfermería convocó a concurso la elección de logotipo el día 20 de diciembre de 1999 dando como ganador al siguiente logo.



Este logotipo representa el labor de enfermería, en una perspectiva humanista, de servicio y en busca de innovación. El símbolo de las manos expresa la mística en servicio buscando la innovación científica que somos capaces de transformar por nuestra formación profesional como predica la misión y visión de nuestra facultad, así como el perfil profesional. La lámpara que ilumina representa la sabiduría crítica así como el ejemplo de nuestros asesores y el caduceo que simboliza y nuestra participación en el equipo multidisciplinario de salud.



LOGOTIPO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



El símbolo de las manos, expresa la mística de servicio. El grupo de personas, el objetivo que tenemos como futuros profesionales de brindar atención de la comunidad.

La lámpara que ilumina es la sabiduría crítica y la educación permanente. El caduceo, simboliza nuestra participación en el equipo multidisciplinario de salud.



Representa la naturaleza de estudio de la profesión de enfermería, basándose en la visión y misión de la FEN – UNCP.

Por la ubicación y posición vigilante, representa al capital humano docente y estudiante de la FEN. Pres-tadora y generadora de servicio de salud. El documento bibliográfico representa la producción científica, que es el fin primordial de la profesión: La atención integral en salud dirigido al seno familiar, enfatizando al binomio madre – niño, transformadora de la salud colectiva.



El símbolo de las manos expresa la mística de servicio. La jeringa significa la búsqueda constante de innovación científica. La lámpara que ilumina representa la sabiduría crítica. La serpiente que simboliza nuestra participación en el equipo multidisciplinario de salud.

El tanque, representa los valores, misión y visión de la UNCP, nuestra alma mater.



Pirámide virtual. Expresado como la base de una forma innovadora.

Las manos : Expresa la formación humanística. La lámpara: Sostenida por las manos y elevada en lo alto del cielo expresa todo el sentir de enfermería. El sol naciente: La profesión e enfermería se caracteriza por brindar calidez.

LOGOTIPO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



La lámpara. Florencia Nightingale (la dama de la lámpara) considerada madre de enfermería. La mano que agarra la lámpara, simboliza la humanidad. La mano en puño, es el triunfo desde el punto de la administración. El libro y el lapicero, significa la docente y la investigación.



La lámpara. Florencia Nightingale (la dama de la lámpara) considerada madre de enfermería. La mano que agarra la lámpara, simboliza la humanidad. La mano en puño, es el triunfo desde el punto de la administración. El libro y el lapicero, significa la docente y la investigación.



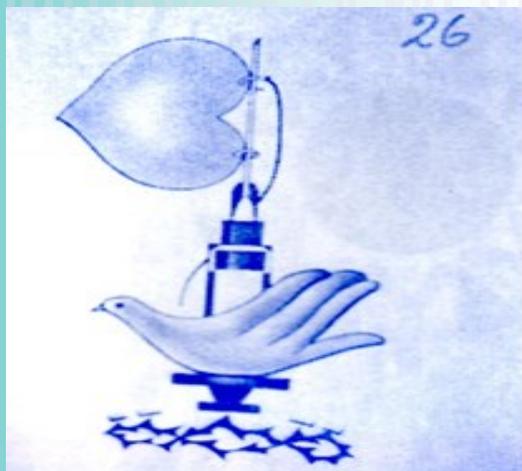
A primera vista el símbolo simula la lámpara de Florencia Nightingale. La luz representa la llama que mantiene viva a la enfermería (la ciencia), las serpientes tratan de transmitir la sabiduría y las manos abrigan este núcleo como parte de sí.



Como fondo de logotipo de la FEN está considerada el tanque de agua de la que pertenece. La modernidad representada por el uso de multimedia (computadora). La competitividad está representado por el uso de métodos, técnicas, equipos y materiales de última generación.

El liderazgo representado por la calidez humana, dirigiendo establecimientos de salud y la serpiente el símbolo de ciencias de la salud.

LOGOTIPO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA



Expresa un corazón muy humano (sensibilidad) elevado como bandera. Una mano de paz y amor con bastante sacrificio como base (corona con pastillas).



La Facultad de Enfermería de la UNCP en cumplimiento de su misión y visión forma profesionales capaces de proporcionar una atención en salud continua, eficaz, integral y permanentemente al individuo, familia y comunidad



La estrella da a conocer las 5 competencias del moderno enfermero plasmado en la visión y misión del profesional de enfermería. La lámpara de Aladino. Es símbolo del origen de la enfermería como profesión al servicio de la comunidad con entrega y mucho humanismo en busca de comunidades aludables. El sol radiante. Es un símbolo que nos debe incluir en busca de la universidad emprendedora, con capacidad y alto sentimiento de autoestima que nos ayude a enfrentar los retos del tercer milenio



Históricamente la labor asistencial se reconoce a través de la lámpara de Florence Nightingale, la misma que nos invita a trabajar desde el valle del Mantaro entre las llanuras, quebradas, ríos y campos, atendiendo desde el más humilde campesino. La investigación representada por el microscopio, la labor docente por el tanque y el fondo el Huallallo Carhuanchu.

HIMNO A LA ENFERMERA

CORO

Enfermera elevada conciencia
que se expresa en sagrada
misión ,
en tu mente es la ciencia
delicado y viviente fulgor
el valor es un don de tu alma,
el consuelo, de tu corazón.

ESTROFAS

I

Cuantas veces el niño sonrío
Y se aferra a la vida, a tu voz!
Una frase a la madre angustiada
Es un bálsamo contra el dolor.
Suave , culta, serena y humana ,
solidaria y discreta en tu amor;
Tu constancia doble a la
Muerte,
Obediente al mandato de Dios.

II

Sembradora de fe y esperanza
Manantial de la esquivo salud,
Tu función, desbordando al
Paciente ,
Se concentra en servicio co-
mún.
¡Adelante enfermera imparable!
A la afrenta de la ingratitud,
No desaires el reto en la lucha
Que a sus hijos demanda el
Perú

III

El ejemplo surgió de Florencia
Nightingale, increíble mujer
Cuyas manos sabían heridas
Y flemones en plena niñez.
Paradigma de renunciamiento,
Fuente eterna de amor y de fe,
¡oh Florencia! El dolor es
Primero,
El honor y la gloria después

Autores:

Letra: Ramiro Mendoza Sanchez

Música: Ramiro Herrera Orbegoso

DIA DE LA ENFERMERA PERUANA

Desde el 30 de agosto de 1955 el día de la enfermera coincide con festividades de Santa Rosa de Lima , considerada por el Papa Pio XII como la patrona de las enfermeras peruanas.

Los orígenes de la enseñanza de nuestro país, eran de carácter benéfico y empírico. Fue en 1907 que se da inicio a la enseñanza profesional al crearse la primera escuela de enfermería. Con el devenir del tiempo, esta disciplina profesional es impartida en distintas universidades de nuestro país.

La carrera de enfermería es una profesión de salud al servicio de la comunidad. Está capacitada para prestar servicios en la prevención de las enfermedades, promoción, protección y recuperación de la salud, así como la rehabilitación individual, familiar y comunitaria a través de cuatro grandes áreas: Asistencial, administrativa y docente de investigación



INTEGRANTES:

ALEJO QUISPE DEYSI

BORJA CORIA GHENIA

BRICEÑO BONIFACIO MIRIAM

CHARCA GUTIERREZ LIZ

DAGA OCHOA EMILY

ORELLANA CERRON EVELIN

QUISPE DIAZ JENIFER

PONCE ORELLANA TATIANA

RAMOS BENDEZU FANY

RIVERA CARMONA JHON

