

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**Programa de Salud Integral de la Madré  
( PROSIM )**

**PRESENTADO POR :**

**Bach. Obst. María Llermé Arévalo Córdova**

**Tarapoto — Perú**

**1996**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

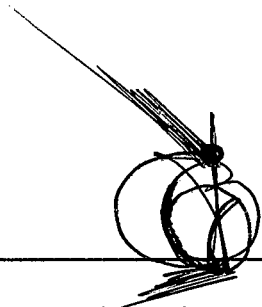
**PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MADRE**

**(PROSIM)**

**PRESENTADO POR:**

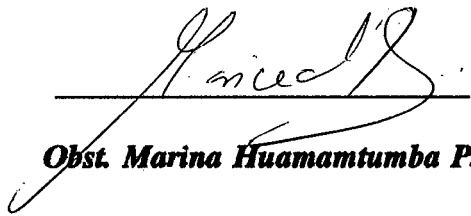
**Bach. en Obstetricia María Llermé Arévalo Córdova**

**JURADO CALIFICADOR:**



**Dr. Ammar Bekaouche De Jeridi**

**PRESIDENTE**



**Obst. Marina Huamantumba P.**

**MIEMBRO**



**Dr. Raúl Medina Flores**

**VOCAL**

Con profundo amor y cariño  
a mi esposo Carlos.

Con cariño y gratitud a mi  
abuelita Luisa por su apoyo  
desinteresado durante mis  
años de estudio.

A lo más sagrado de mi vida  
mis hijos: Lev Jared y  
Daphne Enith, que fueron el  
motor para alcanzar mi meta.

LLERME.

## INDICE

### I. Introducción.

### II. Generalidades

1. Programa de salud integral de la madre	1
2. Características fundamentales	1
3. Actividades de PROSIM	2

### III. RESUMEN DE CAPITULOS

CAPITULO I: FERTILIDAD	4
1. Finalidad	4
2. Objetivos	4
3. Actividades preventivas	4
3.1. Control perinatal	4
3.2. Calificación de riesgo obstétrico	5
3.3. Vacunación antitetánica	6
3.4. Psicoprofilaxis del dolor en el parto	6
3.5. Detección del cáncer ginecológico	7
4. Actividades recuperativas	7
4.1. Atención del parto hospitalario	7
4.2. La atención del puerperio	8
4.3. Visita domiciliaria	8
CAPITULO II: PLANIFICACION FAMILIAR	10
1. Objetivos	10

2.	Estrategias	11
3.	Base Legal	12
4.	Niveles	13
5.	Planificación	14
6.	Ejecución	15
7.	Actividades clínicas	16
8.	Actividades de planificación familiar según niveles de complejidad	17
	- Nivel 1	18
	- Nivel 2	19
	- Nivel 3	20
	- Nivel 4	21
	 CAPITULO III: INFERTILIDAD	 22
1.	Definición	22
	1.1. Infertilidad primaria	22
	1.2. Infertilidad secundaria	22
2.	Objetivos	23
3.	Actividades	23
	 CAPITULO IV: NUTRICION	 24
1.	Introducción	24
2.	Objetivos	25
3.	Manejo nutricional de la mujer gestante y/o lactante normal.	26
	3.1. Nutrición durante el embarazo	26

3.2. Nutrición durante la lactancia	29
SUB CAPITULO: CANCER GINECOLOGICO	31
1. Introducción	31
2. Objetivos	32
3. Actividades	33
SUB CAPITULO: LACTANCIA MATERNA	34
1. Introducción	34
2. Objetivos	34
3. Actividades	35
3.1. De la madre gestante a la lactancia	35
3.2. De la protección y apoyo a la lactancia materna	36
3.3. De la técnica de la alimentación al pecho	37
SUB CAPITULO : PSICOPROFILAXIS	39
1. Introducción	39
2. Consideraciones básicas	40
2.1. Educación psicoprofiláctica	40
2.2. Psicoprofilaxis obstétrica	40
2.3. Objetivos específicos	41
2.4. Método psicoprofiláctico	41
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## INTRODUCCION

Nuestro país vive un proceso de cambio, en lo económico, político e inclusive en lo social, sin embargo uno de los problemas que sigue latente es el problema de la salud pública, y dentro de este el problema del binomio madre hijo; si bien es cierto se están implementando una serie de programas preventivo promocionales estos sólo atienden a las mujeres ciudadinas, es decir a aquellas que viven en la ciudad y que de alguna manera tienen mucha facilidad para ser atendidas por un profesional; el problema es grave en las zonas rurales y urbano marginales en donde sólo se cuentan con postas médicas o con promotores de salud que no tienen la formación académica suficiente para brindar el servicio eficientemente.

Uno de los programas básicos es el llamado PROSIM (Programa de Salud Integral de la Madre) que busca precisamente educar a la mujer para cumplir su rol de madre con mayor eficiencia, que en estos momentos lo realizan profesionales del sector salud sin embargo creo que para cumplir con los objetivos que se propone es necesario unir esfuerzos con los demás sectores sobre todo con aquellos que tienen relación directa con las comunidades alejadas (docentes), clubes de madres, organizaciones campesinas, etc.; creo que se debe aprovechar toda forma de organización para realizar campañas de capacitación

contando para esto con equipos de profesionales encabezados por el sector salud que estén dispuestos a salir al campo y brindar este servicio que tanta falta hace a la población urbano marginal.

Desde esta perspectiva espero que este modesto aporte sirva como base para que en el futuro los responsables del sector planifiquen los programas teniendo en cuenta a las madres y niños que viven en lugares muy alejados de los centros urbanos y que no cuentan con los servicios básicos mínimos.

LA AUTORA.



## I. GENERALIDADES

### 1. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MADRE

Es una metodología de prestaciones de servicios de salud, con objetivos, metas, y actividades definidas acorto, mediano y largo plazo, diseñadas a lograr la modernidad de los servicios de salud.

Las actividades del programa se desarrollarán con estrategias tanto de tipo individual como de tipo poblacional en el proceso SALUD-ENFERMEDAD y para su ejecución requiere de un equipo multidisciplinario, con presencia de otros sectores que cumplan misión social (Educación, Vivienda, Pesquería, etc) y con participación activa y permanente de la comunidad.

### 2. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PROSIM

- A. ES INTEGRAL, tanto en las acciones de predicción, prevención, promoción hasta la recuperación y rehabilitación.
- B. Vincula las acciones de salud materna al desarrollo nacional.
- C. Incorpora la nutrición como capítulo principal del programa.

- D. La infertilidad es el capítulo que llena la expectativa genuina.
- E. Busca optimizar la coordinación con el Ministerio de Salud Pública y otros organismos públicos y privados nacionales y extranjeros, no sólo en aspectos de planificación familiar, sino en todas las acciones preventivas - promocionales de salud y educativas que se dispensen a la madre - niño.
- F. Las normas de atención obstétrica puntualizan la atención por nivel de complejidad del Centro Asistencial y riesgo obstétrico.

### 3. ACTIVIDADES DEL PROSIM

Son referidas como capítulos y sub capítulos y estos son.

CAPÍTULOS:

- A. FERTILIDAD.
- B. INFERTILIDAD.
- C. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- D. NUTRICIÓN.

SUB CAPÍTULOS:

- a) Detección del cáncer ginecológico y mamario.
- b) Lactancia materna precoz.
- c) Psicoprofilaxis del parto.
- d) Vacunación antitetánica.
- e) Infección del aparato reproductor.
- f) Educación sexual y reproductiva.
- g) Genética.

## RESUMEN DE CAPITULOS

### CAPITULO I: FERTILIDAD

1. **FINALIDAD.**- Normar las prestaciones preventivo-promocionales y asistenciales de atención de la madre en el Capítulo de Fertilidad: Pre-natal, intranatal y post natal y su implementación en todos los Centros Asistenciales de Salud.
  
2. **OBJETIVOS:**
  1. Brindar una atención integral a la gestante teniendo en cuenta el concepto de calidad de vida.
  2. Fomentar la atención pre-natal precoz.
  3. Hacerle de la atención pre-natal una actividad efectiva y eficaz identificando el riesgo obstétrico a fin de disminuir la morbimortalidad materno perinatal.
  4. Promover la preparación física y psíquica de la gestante a través de la Psicoprofilaxis.
  
3. **ACTIVIDADES PREVENTIVAS.**
  - 3.1. **EL CONTROL PRE-NATAL:**

Debe ser precoz, periódico y extenso,

asegurando el control al 100% de la población gestante.

- En la primera consulta será obligatoria la elaboración de la Historia Clínica Perinatal base y el carné correspondiente.
- La primera consulta lo realizará el Médico Gineco-Obstetra, calificando a la gestante de acuerdo al riesgo obstétrico.
- La atención de la gestante de bajo riesgo compete a la Obstétrica.
- En los establecimientos de salud donde no hubiera médicos especialistas la primera consulta lo realizará la Obstétrica.

### 3.2. CALIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO:

- En la primera consulta a través del llenado de la H.C.P.B. se tendrá una visión panorámica y objetiva de los signos de alarma.
- La referencia y contra y referencia es un procedimiento estratégico de los servicios de salud destinado a evitar la duplicidad de consultas, sólo serán referidas aquellas gestantes que por su valoración de alto riesgo amerita su atención en el nivel mayor.
- El manejo del documento de referencia y

contrarreferencia será de responsabilidad del profesional encargado en la atención obstétrica.

### 3.3 VACUNACIÓN ANTITETANICA:

- La vacunación antitetánica en la gestante previene el tétano neonatal puerperal.
- La vacunación de las madres con el toxoide tetánico seguirá el esquema recomendado por Comité Nacional de Inmunizaciones, aplicando tres dosis la primera dosis en el momento en que se capte a la paciente, la segunda dosis 4 semanas después, la tercera dosis 6 meses después.

Este esquema de vacunación proporcionará una protección por 5 años.

### 3.4 PSICOPROFILAXIS DEL DOLOR EN EL PARTO:

- La educación psicoprofiláctica contribuye a disminuir la ansiedad de la gestante en el trabajo de parto, permitiendo un parto en menos tiempo, menos medicación y con resultados perinatales adecuados.
- Esta actividad debe realizarse en todos los establecimientos de salud donde se ejecute el

Programa de Salud Integral de la Madre.

- Las actividades de Psicoprofilaxis se iniciarán a las 30 semanas del embarazo.
- Esta actividad del programa estará a cargo de la Obstétrica capacitada.

### 3.5 DETECCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO:

Esta importante actividad está dirigida a mujeres mayores de 15 años con carácter de obligatoriedad.

## 4. ACTIVIDADES RECUPERATIVAS

### 4.1. ATENCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO:

- La atención del parto se hará en ambientes hospitalarios, o en aquellos que hubieran sido adaptados para tal fin, con el objetivo de garantizar una óptima atención intranatal de la madre y del recién nacido.
- La atención del parto Distócico es de responsabilidad directa del especialista (Gineco-Obstetra).
- La atención del parto normal o Eutócico es de responsabilidad de la Obstétrica.

- La historia del parto o partograma sólo podrá ser firmada por los responsables de la atención obstétrica, Gineco-obstetra u Obstetrix.

#### 4.2. LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

- En el puerperio inmediato se debe reforzar, aquello que fue la base de la educación de la gestante.
- Toda paciente puérpera debe acudir a 2 controles en el centro donde se atendió el parto.
- Establecer la lactancia materna inmediatamente después del parto, a las puérperas normales.
- Debe darse el alojamiento conjunto de las madres con el recién nacido en las salas de puerperio.
- Establecer charlas de información sobre: Cuidados de la madre, del recién nacido y planificación familiar.
- Evaluar signos vitales, pezones, altura uterina, loquios, episiorrafia.

#### 4.3. VISITA DOMICILIARIA

- La visita domiciliaria tiene como propósito: captar y educar a la mujer y su familia, en su



domicilio y efectuar el seguimiento de casos de riesgo y promover los servicios de salud.

- Durante la vista domiciliaria se brindará educación sanitaria a la familia.
- La vista domiciliaria será efectuada por el personal profesional de salud del programa de acuerdo al tipo de atención y recursos disponibles.

**CAPITULO II: PLANIFICACIÓN FAMILIAR****INTRODUCCIÓN**

Las instituciones de salud deben identificarse y comprometerse con los objetivos de la política nacional de población, priorizando las acciones de planificación familiar como en los demás programas preventivo promocionales, destacando el componente informativo y de ejecución de salud reproductiva de la sexualidad, bases para una libre e informada decisión de las usuarias en el espaciamiento de los embarazos, considerando necesaria la oferta de servicios de métodos seguros y duraderos de regulación de la fecundidad, dado el alto porcentaje de mujeres con riesgo reproductivo en la población.

**1. OBJETIVOS:**

- Contribuir al mejoramiento de la salud de la madre y del niño.
- Contribuir a disminuir las altas tasas de fecundidad garantizando el derecho de la población a libre decisión sobre el número y espaciamiento de los embarazos.
- Prevenir el aborto y los embarazos no deseados.
- Promover el cambio de valores socio-culturales y la conducta reproductiva de la población con actividades

educativas, información y oferta de servicios clínicos de planificación familiar.

## 2.- ESTRATEGIAS:

- Integrar las actividades de planificación familiar al PROSIM.
- Priorizar en todos los establecimientos de salud al PROSIM, con mayor énfasis en zonas menores de recursos.
- Priorizar las actividades informativas y educativas con participación activa de la población.
- Descentralizar las actividades técnicas y administrativas en concordancia con la regionalización del país.
- Coordinar acciones con las demás instituciones públicas y privadas que tengan programas afines optimizando la utilización de los recursos existentes.
- Desarrollar nuevas estrategias en la oferta de servicios en relación al tipo de población que se atiende, con el DIU post parto, post aborto, transcesárea, técnica de AQV, masculina y femenina dirigidas a la población de alto riesgo reproductivo.
- Integrar a todo el personal de salud de la

institución, en la responsabilidad del programa, propendiendo a su identificación con los objetivos y metas de éste.

- Establecer un sistema de atención por niveles de acuerdo a su flujograma de referencia y contra referencia.
- Promover la investigación.
- Implementar programas permanentes de capacitación en todos los niveles, dirigido al personal de salud y otros sectores que participan en actividades educativas y de información.
- Coordinar acciones con organismos internacionales donantes, elaborando proyectos para las áreas de capacitación, educación, información y mejora de servicios clínicos.

### 3.- BASE LEGAL:

- Decreto Legislativo N° 346 política nacional de población.
- Decreto Legislativo N° 534 Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 17505 Código Sanitario.
- Resolución Ministerial N° 171-89-SA/DM Programa Nacional de Planificación.

**4.- NIVELES:****NIVEL CENTRAL:**

El comité Nacional de PROSIM participará directamente en el Consejo Nacional de Población y el Ministerio de Salud en la coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

El comité Nacional de PROSIM, elaborará el Plan Operativo Nacional Anual en base a la consolidación de los programas de los establecimientos, según políticas, objetivos y metas en el programa nacional.

**NIVEL DE GERENCIAS ZONALES Y DEPARTAMENTALES**

Los Directores de Hospitales Nacionales, los Gerentes Zonales y Departamentales son responsables del desarrollo y ejecución del capítulo de planificación familiar en el ámbito de su competencia debiendo proporcionar para este fin los recursos económicos, bienes y servicios que les fueron requeridos de acuerdo a la programación de los establecimientos de salud que el dependen.

Los Directores de los Hospitales Nacionales, los

Gerentes Zonales y Departamentales son responsables del oportuno y completo abastecimiento de los insumos, equipos e instrumental necesarios debiendo establecer eficientes y efectivos mecanismos de coordinación y comunicación con las entidades públicas y privadas proveedoras de ellas.

#### **NIVEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:**

Los Directores de los establecimiento de salud son los responsables de la programación, organización, ejecución y control del capítulo de planificación familiar en su ámbito.

### **5.- PLANIFICACION**

- a) Deberá elaborarse el plan operativo anual a nivel de cada establecimiento, dicho plan incluirá: Objetivos, estrategias, actividades y metas, recursos y presupuesto.
- b) La programación deberá determinar las actividades que habrán de desarrollarse teniendo en cuenta la asignación de las actividades según niveles de complejidad apropiados a la institución.
  - Educación en salud sexual y reproductiva.

- Capacitación de personal.
  - Información y comunicación a la población.
  - Actividades clínicas: Infertilidad, fertilidad, contracepción y seguimiento de pacientes.
  - Evaluación y supervisión de servicios.
  - Investigación demográfica de hábitos, cultura sexual.
- c. Para cada actividad se determinará la población sujeta de programación en base a los volúmenes de población de años anteriores.
- d. Para la población identificada se determinará el número de atenciones que se brindará en el período del año que se programa.

## 6.- EJECUCION

- a) La educación para la salud sexual y reproductiva constituirá actividad fundamental a desarrollarse tanto dentro como fuera del establecimiento, y se tendrá como referencia lo siguiente:
- Derecho a la salud y a la planificación familiar.
  - La familia y las relaciones de la pareja y el matrimonio.
  - Rol de la mujer en la sociedad.

- Sexualidad humana.
- Educación sexual de la adolescente.
- Salud reproductiva y regulación de la fecundidad.

- b) Capacitar a los profesionales de la salud en salud sexual y salud reproductiva, así como en métodos seguros y duraderos, haciendo uso de centros de capacitación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

Capacitar al personal de la institución y otras entidades especialmente educación y dirigentes de la comunidad.

- c) Información de los servicios de planificación familiar que dispone la comunidad y la forma de acceder a ellos.

## 7.- ACTIVIDADES CLINICAS

- a) Incluirán como referencia:
- Estudio de fertilidad, fecundidad e infertilidad.
  - Estudio de riesgo reproductivo.
  - Métodos anticonceptivos temporales.
  - Métodos anticonceptivos duraderos incluyendo DIU post parto, post aborto y trancesárea.



- Métodos anticonceptivos clínicos.
  
- b) Determinación del riesgo reproductivo desde el nivel de comunidad utilizando la ficha simple de riesgo reproductivo.
  
- c) Las actividades clínicas contraceptivas podrán ser efectuadas por profesionales no médicos.
  
- d) Toda persona que se incorpore al programa tendrá una ficha historia Clínica en el programa de planificación familiar.
  
- e) La técnica de DIU post parto, post aborto y trancesárea, serán apoyadas por actividades de consejería individualizada al paciente y en lo posible a su pareja.

**8.- ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGUN NIVELES DE COMPLEJIDAD.**

**COMUNIDAD:**

RIESGO: Bajo

RECURSOS: Líderes comunales capacitados, agentes comunales, auxiliares de salud, parteras.

- Identificación del riesgo reproductivo.
- Información sobre métodos contraceptivos, abstinencia periódica y modernas.
- Información sobre detección del cáncer

ginecológico.

- Distribución de métodos de barrera.
- Referencia de gestantes y no gestantes de acuerdo al riesgo.
- Para inicio de método anticonceptivo.

RIESGO : BAJO

RECURSOS : Personal de centros capacitados  
(Fábricas, cooperativas, etc.)

- Detección y selección de riesgo reproductivo.
- Información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y cáncer ginecológico.
- Distribución de anticonceptivos, métodos de barrera y continuadoras de método hormonal (oral).
- Referencia de gestantes y no gestantes de acuerdo al riesgo reproductivo.
- Por cambio de método anticonceptivo.
- Sospecha de enfermedad, infertilidad.
- Educación sobre métodos naturales.

#### NIVEL 1

RIESGO : BAJO

RECURSOS : Médico general, Obstetrix, Enfermera.

- Detección y selección de riesgo reproductivo.
- Información sobre planificación familiar,

métodos anticonceptivos y detección de cáncer ginecológico.

- Prescripción y distribución de anticonceptivos.
- Toma de muestras para PAP.
- Inserción de DIU condicionado a recursos.
  
- Referencia de gestantes y no gestantes de alto riesgo.
- Capacitación sobre programas de P.F. en los centros laborales, auxiliares de salud y líderes comunales.
- Seguimiento y evaluación del programa de P.F.
- Transferencia de casos de infertilidad al nivel de mayor complejidad.

## NIVEL 2

RIESGO : BAJO ALTO

RECURSOS : Médico general, Gineco Obstetra, Obstetrix.

- Selección y seguimiento de riesgo reproductivo.
- Información de métodos de P.F., infertilidad y detección del cáncer ginecológico.
- Referencia de gestantes y no gestantes de alto riesgo.
- Problemas de anticonceptivos con indicación quirúrgica.

- Por enfermedad intercurrente.
- Contrarreferencia de postas médicas o comunidad.
- Capacitación de personal de salud.
- Seguimiento y evaluación del programa.
- Transferencia de casos de infertilidad al nivel mayor de confiabilidad.

### NIVEL 3

RIESGO : ALTO

RECURSOS : Equipo de salud.

- Información, educación y comunicación de metodología anticonceptiva.
- Selección y seguimiento según riesgo reproductivo.
- Aplicación de todos los métodos anticonceptivos, incluyendo métodos definitivos.
- Manejo de gestantes de alto riesgo.
- Detección de cáncer ginecológico.
- Evaluación de pareja infertil.
- Manejo de complicación y/o enfermedad intercurrente.
- Referencia a hospitales con especialistas.
- Capacitación de personal de salud.
- Transferencia de casos a nivel de mayor complejidad.

**NIVEL 4.**

RIESGO : ALTO

RECURSOS : Equipo de salud, equipo de especialistas.

- Selección y seguimiento según riesgo reproductivo.
- Información y aplicación de métodos anticonceptivos.
- AQV como indicación de alto riesgo reproductivo.
- Manejo de gestantes y no gestantes, puérperas de alto riesgo.
- Manejo de pareja infertil.
- Manejo de complicación o enfermedad intercurrente.
- Contrareferencia a nivel de menor complejidad.
- Capacitación de personal.
- Investigación en planificación familiar con participación de otros niveles.

### CAPITULO III: INFERTILIDAD

1. **DEFINICIÓN.**- Imposibilidad de la pareja para tener descendencia, a pesar de sus deseo, por un lapso mínimo de 2 años, sin utilización de ningún método anticonceptivo, con relaciones sexuales frecuentes y regulares.

1.1. **INFERTILIDAD PRIMARIA.**- Cuando la pareja nunca ha tenido descendencia: Absoluta y relativa.

**ABSOLUTA:** Cuando nunca ha ocurrido gestación.

**RELATIVA:** Cuando han ocurrido una o más gestaciones previas pero sin producto viable como resultado.

1.2. **INFERTILIDAD SECUNDARIA.**- Cuando la pareja ya tiene uno o más hijos pero no ha vuelto a tener descendencia de acuerdo a los requisitos de la definición de infertilidad; esta a su vez se divide en Absoluta y Relativa.

**ABSOLUTA:** Cuando la gestación no ha vuelto a ocurrir.

**RELATIVA:** Cuando han ocurrido una o más gestaciones pero sin producto gestacional viable

**2. OBJETIVOS:**

- Determinación de la incidencia real de infertilidad en las parejas.
- Implementación de programas educativos preventivo-promocionales orientados a difundir el conocimiento sobre los factores causales y evitarles de infertilidad.
- Definición del los índices de infertilidad en las parejas en base al conocimiento de la incidencia real previamente establecida.

**3. ACTIVIDADES:**

Las actividades se referirán a los siguientes aspectos:

- Motivación e información sobre el programa.
- Captación de casos.
- Manejo de casos.
- Educación y promoción sanitaria.
- Seguimiento de casos.

#### CAPITULO IV : NUTRICIÓN

1. **INTRODUCCIÓN.**- La salud, la nutrición y el desarrollo infantil están estrechamente relacionados con la madre y su situación nutricional.

Sabido es que numerosos estudios han demostrado que el peso del niño al nacer se correlaciona con el peso de la madre antes del embarazo.

Se ha encontrado que entre las madres cuyo nivel del indicador P/T es inferior al 80% de la referencia, la probabilidad de tener un niño con peso favorable al nacer es al rededor del 50%, mientras que si el nivel de dicho indicador se acerca al valor de la referencia o lo sobre pasa la probabilidad de que el peso sea favorable aumenta al 75%, esto es importante, por las consecuencias de la desnutrición materna afectaran y se reflejaran en el retardo del crecimiento intrauterino y en peso bajo al nacer en relación con la edad gestacional del niño, influyendo en su patrón de crecimiento y en la morbimortalidad durante el primer año de vida e incluso el resto de la etapa pre escolar.

La desnutrición materna también afecta la



cantidad o volumen de la leche producida durante la lactancia, influyendo también en el niño, pues una lactancia materna prolongada se asocia con una menor probabilidad en mortalidad y en el primer año de vida.

Así pues, se hace necesario ha atender en forma prioritaria la salud integral de la madre dando especial énfasis a un capítulo importante y fundamental del programa como es la nutrición materna.

## 2. OBJETIVOS:

- Mejorar el nivel nutricional de la mujer en edad fértil mediante acciones nutricionales de promoción, prevención, recuperación e investigación, para reducir la tasa de morbimortalidad materna infantil.
- Incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Prevenir la mal nutrición calórico-protéico, por carencias específicas y alimentación insuficiente por hábitos alimentarios.

### 3. MANEJO NUTRICIONAL DE LA MUJER GESTANTE Y/O LACTANTE NORMAL.

3.1. NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO. La gestación demanda una mayor ingesta de calorías así como otros nutrientes tales como proteínas, calcio, hierro y ácido fólico.

Las raciones varían según el peso, la edad y la actividad de la mujer.

-Calorías:

En el embarazo se requiere de calorías adicionales para el crecimiento de los tejidos maternos, del feto y la placenta.

Esta necesidad calórica es mínima al inicio del embarazo, aumenta rápidamente en el segundo trimestre y después se mantiene constantemente.

Se recomienda un incremento promedio de 300 calorías por día; es decir regímenes de 2 500 calorías de alimentos cuidadosamente seleccionados por su valor nutritivo, para satisfacer los requerimientos indispensables.

- Proteínas:

Son sustancias indispensables para el crecimiento, formación y mantenimiento del organismo, además para la reparación de los tejidos gastados y la formación de defensas contra las enfermedades.

Las proteínas adicionales se necesitan para el aumento de los tejidos maternos y para el crecimiento del feto.

Se necesita una ingesta adicional de 300 gr, por día es decir, regímenes de aproximadamente 60 a 80 gr por día.

- Hierro:

Durante el embarazo hay un notable aumento en las necesidades de hierro para satisfacer el crecimiento del feto.

Los requerimientos de hierro en la gestante son aproximadamente 28 mg por día, y son más urgentes en el último trimestre del embarazo.

Es necesario señalar que aunque la tasa de absorción de hierro se duplica e inclusive se

tríplica durante este período, se recomienda complementar la ración de la no embarazada agregando de 30 a 60 mg por día de hierro.

- Calcio:

Es uno de los elementos más importantes en la alimentación de la embarazada, debe ingerir suficientes cantidades para satisfacer sus necesidades y cubrir la formación ósea del feto y el desarrollo de los dientes.

Si la ingesta de calcio no es suficiente, el feto lo obtendrá desmineralizando el esqueleto materno lo mismo ocurrirá en la lactancia.

Se recomienda que la ingesta de calcio sea incrementada a 1,5 gr por día al principio del embarazo, y aproximadamente a 1,2 gr por día durante el resto de embarazo.

- Acido Fólico:

Es indispensable para el crecimiento fetal normal y para evitar la anemia megaloblastica. Parece ser que el metabolismo de esta vitamina está aumentada en el embarazo, se recomienda 800 ug a 1 mg por día.

### 3.2. NUTRICIÓN DURANTE LA LACTACIÓN;

La preparación para obtener volumen satisfactoria de leche debe comenzar desde la gestación.

#### - Calorías:

Se recomienda 500 calorías adicionales a sus necesidades normales en los tres primeros meses de lactancia, para así suministrar lo necesario para la producción de leche y también para el reajuste de las reservas de grasa materna después del parto.

#### - Proteínas:

Se recomienda 20 gr por día de proteínas extra para cubrir las necesidades de producción lácteo.

#### - Calcio:

La absorción de calcio alimenticio en la lactancia materna al 30%, se recomienda 1200 mg por día.

#### - Hierro:

También aumenta la absorción a nivel intestinal durante la lactancia y si tenemos en cuenta que la mujer adulta debe recibir 18 mg por día, no es necesario aumentar el hierro en la alimentación de la mujer lactante.

#### LÍQUIDOS:

Son también importantes para reemplazar el agua secretada por la leche, se recomienda un mínimo de 2,5 lts.

## SUB CAPITULO: CÁNCER GINECOLÓGICO

### 1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer, hace mucho tiempo ha dejado de ser una enfermedad rara para convertirse en un problema relativamente común, que afecta gravemente la salud humana. Cada año en el Perú de mil mujeres morirán seis con cáncer del cuello uterino.

Hasta hace 20 años de cada 10 mujeres con cáncer de cérvix 9 se encontraban en estadios avanzados, preocupado con el problema de cáncer ginecológico, el Ministerio de Salud, IPSS, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, mediante el programa de control de cáncer uterino, a conseguido de cada dos mujeres con cáncer de cérvix, una de ellas se encuentre en estadio precoz.

El cáncer de mama en nuestro país constituye la segunda causa de mortalidad por cáncer ginecológico, sin embargo no existe un programa de detección de cáncer de mama a nivel nacional.

El cáncer ginecológico (Ca de cérvix, Ca de mama, Ca de ovario y otros del tracto genital femenino), constituye la primera causa de mortalidad en relación a otras neoplasias malignas. Este grupo de enfermedades afecta a mujeres mayores de 15 años, que por ser sexualmente activas son madres, las cuales al enfermar y morir crean factores psicosociales que afectan gravemente la integridad de la familia.

## 2. OBJETIVOS.

- Disminuir los índices de morbimortalidad materna y los costos económicos y sociales por cáncer ginecológicos
- Crear un registro estadístico nacional con los avances modernos en informática y epidemiología que nos pongan a la vanguardia de las instituciones tutelares, con información estadística a nivel nacional.
- Creación de los servicios de Ginecología Oncológica en los hospitales nacionales.
- Formación de una red de citodiagnóstico a nivel nacional.



**3. ACTIVIDADES.**

- La detección de cáncer ginecológico se exigirá en forma obligatoria en toda las pacientes mayores de 15 años sexualmente activas.

## SUB CAPITULO: LACTANCIA MATERNA

### 1. INTRODUCCIÓN.

Numerosos estudios han comprobado fehacientemente que la lactancia materna es un recurso natural capaz de contribuir de manera significativa y a bajo costo elevar los niveles de salud de la población materna infantil.

En el Perú, país en vías de desarrollo, las enfermedades infectocontagiosas junto con la deficiencia nutricional, constituyen las principales causas de mortalidad infantil.

Respecto a la morbilidad infantil, las infecciones respiratorias agudas, seguidas de la enfermedad diarreica aguda constituye aproximadamente el 50% de las causas de morbilidad en nuestro país.

### 2. OBJETIVOS.

- Promoción y protección de la lactancia materna exclusiva en todo los establecimientos de salud donde se brinde atención pre natal.

- Señalar de las normas para la protección promoción y práctica de la lactancia materna en todo los establecimientos de salud donde se brinde atención obstétrica y perinatal.

### 3. ACTIVIDADES.

#### 3.1. DE LA MADRE GESTANTE A LA LACTANCIA

- Toda madre gestante será informada sobre la importancia y ventajas que confiere la lactancia materna tanto para la madre como el niño.
- Toda madre gestante será informado sobre la fisiología de la lactancia materna.
- Toda madre gestante será motivada por el personal de salud para que tome la decisión de amamantar a su niño de manera exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida y continuar con la lactancia por lo menos hasta el año de edad.
- Toda madre será desalentada en el uso de sucedáneos de la leche materna u otros líquidos y alimentos durante los cuatro a seis primeros

meses de vida.

- Toda madre gestante deberá ser examinada durante el embarazo para detectar defectos de aplanamiento, umbilicación o inversión de pezones.

### **3.2. DE LA PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA**

- Todos los establecimientos de salud que tengan servicio de maternidad, establecerán el alojamiento conjunto del binomio madre-niño inmediatamente después del parto y durante las 24 horas del día, a fin de favorecer la práctica de la lactancia materna.
- Los niños normales, la puesta al pecho (primera tetada) debe ser preciso, en los primeros minutos de vida facilitando el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.
- Durante su permanencia en el hospital, los recién nacidos normales recibirán exclusivamente leche materna.
- Los hijos de madres cesareadas, sin patología,

la puesta al pecho no debe exceder las primeras seis horas de vida.

- En los casos de niño prematuros y de cuidado intensivo, se dará toda las facilidades a la madre para su ingreso a las salas especiales, a fin de que el niño sea alimentados con calostro y/o leche materna.

### 3.3. DE LA TÉCNICA DE LA ALIMENTACIÓN AL PECHO

- Se recomendará a la madre el lavado de manos con agua y jabón antes de cada sesión de amamantamiento.
- Para la higiene de los pezones es suficiente el baño diario; está contraindicado el uso de jabón alcohol y otras sustancias antisépticas.
- En los primeros días de vida la madre deberá dar un mínimo de 10 tetadas en 24 horas con intervalo entre ellas de 2 horas o menos.
- Para lograr una posición correcta:

- a) La madre debe sostener a su hijo lo suficientemente cerca de sus cuerpo para que el abdomen del niño esté en contacto con el de ella.
  
- b) La madre estimulará el reflejo de búsqueda frotando el pezón contra la barbilla del bebé y cuidará que la boca del niño abarque la mayor parte de la areola durante la succión.
  
- La madre lactará al niño con ambos pechos, iniciando cada lactada con el pecho en el cual terminó la última vez.
  
- Para retirar al niño del pecho la madre debe introducir el dedo meñique limpio en la comisura labial, entre las encías del niño.
  
- En caso de pezones dolorosos con presencia de grietas se procederá a:
  - a) Corregir la técnica de amamantamiento.
  - b) Recomendar la aplicación de calostro y/o leche en el pezón afectado, seguida de exposición al aire durante por lo menos 10 minutos después de cada tetada.

**SUB CAPITULO: PSICOPROFILAXIS****1. INTRODUCCIÓN.**

La maternidad es un don maravilloso que la mujer ha recibido de la naturaleza; el cual trae consigo una gran responsabilidad y a la vez, derechos frente así misma, al ser que lleva en su vientre y frente a la sociedad y la patria.

Razón por la cual es necesario preparar a la madre, en esta etapa tan importante de su vida, con un proceso de aprendizaje natural y positivo.

Con la Psicoprofilaxis para el parto vamos a lograr, la participación de la madre en forma consciente y activa, con las mejores condiciones físicas, psíquicas y emocionales, siendo esto el primer objetivo.

En nuestro medio, la falta de información, el desconocimiento del proceso del embarazo, parto y puerperio, la falta de preparación y las creencias son un factor de riesgo para el binomio madre-niño que aumenta las tasas de morbi-mortalidad perinatal.

Por las razones expuestas es necesario instituir

las actividades de Psicoprofilaxis del parto en los establecimientos de salud.

## 2. CONSIDERACIONES BÁSICAS.

### 2.1. EDUCACIÓN PSICOPROFILACTICA.

Es el conjunto de métodos y técnicas que permiten la preparación física, psíquica y emocional de la gestante para una buena evolución de su embarazo, parto y puerperio. Con la finalidad de obtener un recién nacido saludable, con el menor riesgo de salud para la madre.

### 2.2. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Es el proceso de educación de la embarazada para el parto.

Comprende:

Acciones educativas que están orientadas a lograr una participación consciente responsable y activa de la gestante en el proceso del embarazo, parto y puerperio; en las mejores



condiciones físicas, psíquicas y emocionales, con resultados perinatales adecuados.

### **2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Lograr disminuir el dolor en el parto y eliminarlo sin necesidad de utilizar agentes químicos.
- 2.- Acortar la duración del parto.
- 3.- Disminuir la necesidad de intervenciones obstétricas.
- 4.- Prevenir el riesgo obstétrico.

### **2.4. MÉTODO PSICOPROFILACTICO**

Comprende aspectos teórico prácticos que permitan a la gestante una buena evolución del embarazo, parto y puerperio.

- Las actividades de Psicoprofilaxis deben estar incluidas en toda atención integral de salud de la mujer.
- La actividades de Psicoprofilaxis serán ofrecidas a toda gestante.
- Toda gestante a partir de las 27 semanas deberá iniciar las sesiones en Psicoprofilaxis del

parto.

- Las actividades de Psicoprofilaxis deben realizarse con regularidad una vez por semana en forma secuencial.
- Esta actividad se realizará en un curso que constará de 8 clases teórico prácticas.
- Los grupos se formarán teniendo en cuenta edad gestacional y paridad.
- El método de Psicoprofilaxis deberá ser conocido por el personal de obstétricas del centro asistencial y debe ser personal entrenado para realizarlo.
- El agente de salud debe motivar a la madre para que realice su preparación en Psicoprofilaxis.
- Toda gestante que sigue el método de Psicoprofilaxis deberá ser evaluada en el trabajo de parto.
- Los grupos no deben exceder el número de 20 gestantes.

El curso de Psicoprofilaxis del dolor en el parto se desarrollará en 8 clases teórico prácticas de una hora de duración cada una que constará de :

Contenido teórico : 20 minutos.

Práctica : 30 minutos.  
Dinámica grupal : 10 minutos.

a) Contenido teórico.

- Anatomía y fisiología de la reproducción.
- Fisiología del trabajo de parto.
- Contracciones uterinas.
- Factores que intervienen el trabajo de parto.
- Causas psicológicas del dolor en el trabajo de parto.
- Relajación y respiración.
- Interrelación de los elementos de fijación.
- Adaptación de la gestante al medio donde va a realizar su trabajo de parto.

b) Práctica:

- Gimnasia conservadora.
- Ejercicios de relajación.
- Ejercicios de respiración.
- Creación de reflejos condicionados.



c) Dinámica grupal:

- Preguntas y respuestas con análisis crítico.

### CONCLUSIONES

- 1.- La formulación de programas especiales de salud que involucra a una población vulnerable como es la madre y el neonato, con criterio de integridad, por calificación de riesgo y por complejidad del servicio asistencial con líneas adecuadas de coordinación entre los servicios hospitalarios obligan a una **reestructuración** de la atención Obstétrica y por consiguiente a la elaboración de un documento normativo que de adecuada direccionalidad alas acciones que en forma integral se brinda a la madre en los diferentes niveles asistenciales a lo largo y ancho de nuestro país.
- 2.- La mujer debe convertirse en el elemento central de la atención en salud, pues es ella como madre quien decide habitualmente si se vacunará durante el embarazo, que comerá durante el mismo, si será atendida por una persona calificada, si dará de lactar y por cuanto tiempo, cuando comenzará el destete y por cuanto tiempo, si habrá un intervalo adecuado entre los sucesivos nacimientos de sus hijos y que métodos anticonceptivo utilizará.
- 3.- Se hace necesario atender en forma prioritaria la salud de la madre dando especial énfasis a cada uno de los capítulos y sub capítulos del Programa de Salud

Integral de la Madre.

- 4.- Para el cumplimiento de lo propuesto se hace necesario normar a nivel nacional las acciones que se llevarán a cabo en cada capítulo proyectándolos a la comunidad en general, para conjugar armoniosamente las labores de los diferentes profesionales de la salud y lograr un trabajo multidisciplinario efectivo y eficiente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud: Proyecto de Normas sobre procedimientos para formular la norma DENT-DGAP-1993.
2. Salud Materna y Perinatal. Experiencias y estrategias. II Jornada Nacional de Salud. 1992.
3. Avances en Alimentación y Nutrición Humana. Publicación 01/91 Programa de Alimentos Enriquecidos UNA. 1991.
4. Programa de Salud Materno Infantil y Planificación familiar. OPS/OMS. 1991.
5. Salud Materna y Perinatal. Red Peruana de Perinatología. 1990.

## ANEXO

## CAPITULOS DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MADRE

1. Fertilidad	NEO NATO	3. Planificación familiar (Reg. de la fertilidad)
2. Infertilidad		4. Nutrición

### Subcapítulos:

- a) Detección del cáncer Ginecológico.
- b) Lactancia materna precoz.
- c) Psicoprofilaxis del parto.
- d) Vacunación antitetánica.
- e) Infecciones del parto reproductor
- f) Educación sexual y reproductiva.
- g) Genética

