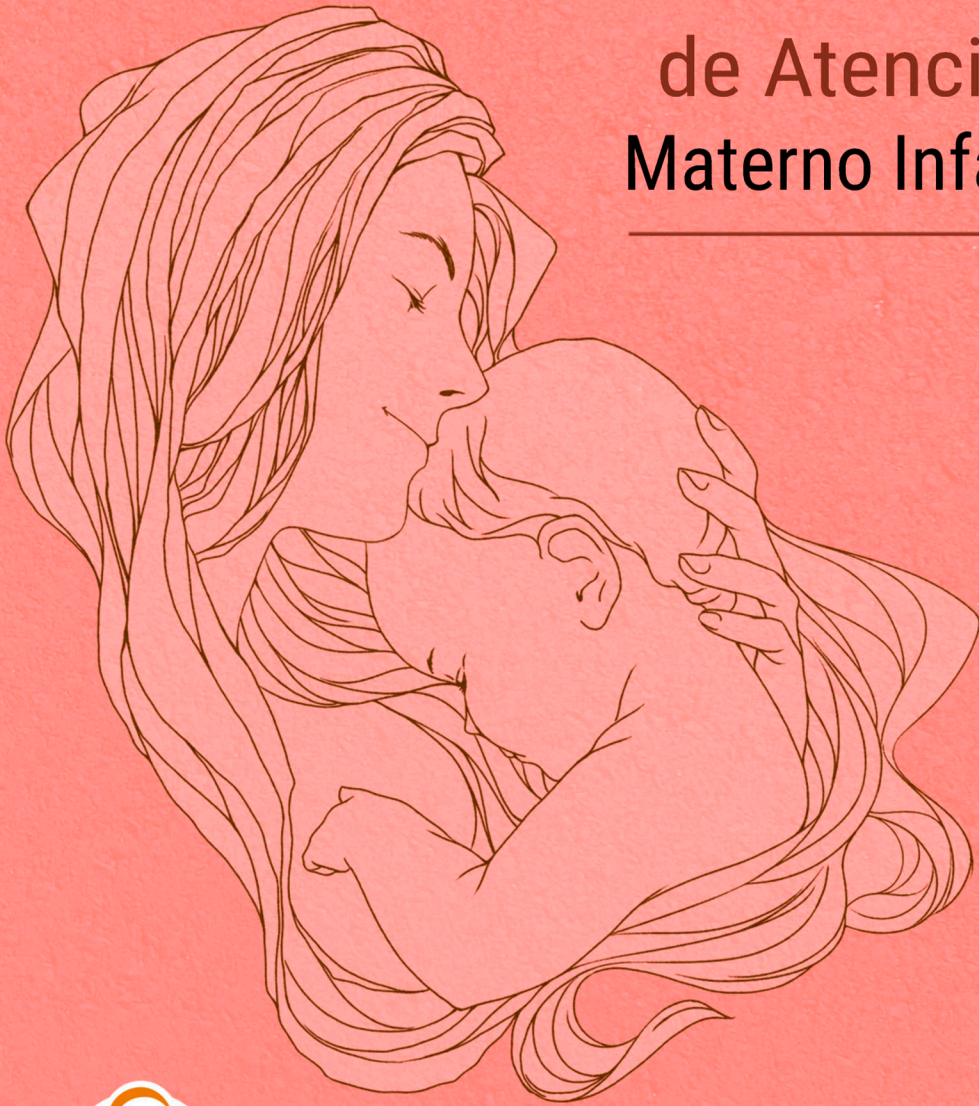




Programa Nacional de Atención Materno Infantil



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES · PROGRAMAS



Programa
Nacional
de Atención
Materno Infantil



Programa Nacional de Atención Materno Infantil



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES · PROGRAMAS

La Habana · 2024

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Nacional Materno Infantil.
Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Longina Ibargollen Negrín ... [et al.]; –La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024.
192 p.: il., tab.— (Colección Publicaciones Institucionales. Serie Programas).

-

Servicios de Salud Materno-Infantil, Programas Nacionales de Salud, Atención Integral de Salud, Estrategias de Salud, Atención Primaria de Salud, Atención Prenatal, Atención posnatal, Salud Materna, Cuba

-

WQ 84.4

Cómo citar esta obra

Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional Materno Infantil, Ibargollen Negrín L et al. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-nacional-de-atencion-materno-infantil>

Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio
Diseño: D.I. Ernesto Írsula Bataille
Maquetación: Téc. Amarelis González La O

Sobre la presente edición:
© Ministerio de Salud Pública, 2024
© Editorial Ciencias Médicas, 2024

ISBN 978-959-316-145-9 (PDF)
ISBN 978-959-316-144-2 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado
La Habana, C. P. 10400, Cuba
Teléfono: +53 7836 1893
ecimed@infomed.sld.cu
www.ecimed.sld.cu

Autoría

Autora principal

Longina Ibgollen Negrín

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría.
Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Autores

Danilo Nápoles Méndez

Doctor en Ciencias. Máster en Urgencias Médicas.
Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Profesor Titular y Consultante.
Investigador Titular y de Mérito. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Milagros Santacruz Domínguez

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Pediatría.
Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Catherine Chibás Pérez

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor Asistente. Departamento Nacional de Atención Materno Infantil.
Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dayana Couto Núñez

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia.
Profesor Auxiliar. Investigado Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Elizabeth de la Caridad López González

Especialista de I Grado en Neonatología. Profesor Asistente.
Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gina Carralero Ibgollen

Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Coautores

Jorge González Pérez

Doctor en Ciencias de Medicina Legal y Criminalística.
Doctor Honoris Causa. Especialista de II Grado en Medicina Legal.
Profesor Emérito y Titular. Investigador Titular. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Georgina María Zayas Torriente

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Nutrición en Salud Pública.
Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Nutrición. Profesor
e Investigador Titular. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Noemis Doris Causa Palma

Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lisette del Rosario López González

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Terapia
Intensiva Pediátrica y de I Grado en Medicina General Integral.
Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yamirka Montesinos Felipe

Máster en Enfermedades Crónicas no Trasmisibles.
Especialista de II Grado en Medicina Intensiva
y Emergencias Pediátricas y de I Grado en Medicina General Integral.
Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Beatriz Marcheco Teruel

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Genética Clínica.
Profesor e Investigador Titular. Centro Nacional de Genética Médica.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yudelkis Benítez Cordero

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Genética Clínica.
Profesor Asistente. Investigador Agregado. Centro Nacional de Genética Médica.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mariela Castro Espín

Doctor en Ciencias Sociológicas. Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba.
Máster en Sexualidad. Profesor e Investigador Titular.
Centro Nacional de Educación Sexual.
Universidad de La Habana.

Ramón Villamil Martínez

Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica y de I Grado en Medicina General Integral.
Profesor e Investigador Auxiliar.
Hospital Pediátrico Universitario William Soler.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gabino Ernesto Arman Alexandrini

Máster en Atención Integral a la Mujer.
Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
Dirección Municipal de Salud del municipio Playa, La Habana.

Elba Lorenzo Vázquez

Máster en Promoción y Educación para la Salud.
Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Investigador Agregado.
Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.
Ministerio de Salud Pública.

Olga Lidia Revilla Vidal

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.
Ministerio de Salud Pública.

José Luis Aparicio Suárez

Máster en Educación Superior en Ciencias de la Salud.
Especialista de II Grado en Hematología. Profesor Auxiliar.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gladys Abreu Suárez

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular y Consultante.
Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Vivian del Rosario Mena Miranda

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de II Grado en Pediatría y de II Grado en Terapia Intensiva y Emergencias.
Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

José Cirilo Florín Irbien

Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de II Grado en Pediatría y de II Grado en Nefrología.
Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Gisela Álvarez Valdés

Especialista de I Grado en Pediatría y de I Grado en Medicina General Integral.
Profesor Asistente. Investigador Auxiliar.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Pablo Carlos Roque Peña

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría.
Profesor Asistente. Investigador Agregado.
Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Leticia Emelia Carrasco Rivero

Máster en Atención Integral al Niño. Licenciada en Enfermería.
Profesor Asistente. Policlínico Abelardo García Márquez del municipio Plaza.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María del Carmen Machado Lubián

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de II Grado en Pediatría y de II Grado en Medicina Intensiva
y Emergencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Titular
Centro de Neurociencias de Cuba.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Martha Elena Retureta Milán

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Higiene
y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Pilar Acuña Aguilarte

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología y de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar.
Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Ileana Álvarez Lam

Máster en Infectología y Enfermedades Infecciosas.
Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor e Investigador Auxiliar.
Hospital Pediátrico Docente William Soler.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mercedes Esquivel Lauzurique

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor e Investigador Titular. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Yoerquis Mejías Sánchez

Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Máster en Educación Médica.
Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular. Investigador Auxiliar.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Elba Marcelina Padrón Vera

Máster en Educación Superior. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente.
Instituto de Oncología y Radiobiología.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Walkiria Bermejo Bencomo

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor e Investigador Auxiliar.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Leovy Edrey Semino García

Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación y de I Grado en Administración y Organización de Salud. Profesor Asistente.
Investigador Agregado. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Juana Odalys O'Farril Arias

Máster en Farmacoepidemiología. Licenciado en Bioquímica.
Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Docente Centro Habana.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Miladys Orraca Castillo

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Atención Integral al Niño.
Especialista de II Grado en Genética Clínica. Profesor Titular. Investigador Auxiliar.
Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Osmara Delgado Sánchez

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública.
Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar.
Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Eugenio Selman-Housein Sosa

Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular.
Cardiocentro Pediátrico William Soler.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Andrés Breto García

Máster en Atención Integral a la Mujer.
Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.
Policlínico Universitario Julián Grimau, municipio Arroyo Naranjo.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Francisco Felipe Martín

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Terapia Intensiva
y de II Grado en Pediatría. Profesor e Investigador Auxiliar.
Hospital Pediátrico Docente Provincial José Martí Pérez.
Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus.

Georgina Álvarez Medina

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista II Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mariela García Jordán

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.
Profesor e Investigador Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mirna Fonte Villalón

Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente.
Ministerio de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque.

Gladys María Cruz Laguna

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia.
Profesor Asistente. Dirección Provincial de Salud de Holguín.
Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

Mercedes Piloto Padrón

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado de Ginecología y Obstetricia. Profesor e Investigador Auxiliar.
Centro de Histoterapia Placentaria Dr. Carlos M. Miyares Cao.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lucia Leonor Ayllon Valdés

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría.
Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario William Soler.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Manuel Rivero Abella

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y II Grado en Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Ministerio de Salud Pública.
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Osmara López Borrero

Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Profesor asistente.
Dirección Provincial de Salud de Las Tunas
Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas

Colaboradores

Dr. C. Marisol Alfonso de Armas

Jefa de la Oficina de UNFPA. Cuba.

Dr. C. Grisell Rodríguez Gómez

Oficial Nacional de Programa. UNFPA. Cuba.

Dr. C. Livia Quintana Llanio

Asociada de Programa UNFPA. Cuba.

M. Sc. Duniesky Cintra Cala

Consultor de Familia, Curso de vida y Emergencia en salud. OPS/OMS, Cuba.

Dr. Odalys Rodríguez Martínez

Oficial de Supervivencia y desarrollo infantil. UNICEF, Cuba.

Dr. C. Matilde Molina Cintra

Centro de Estudios Demográficos, CEDEM, Cuba.

Lic. Mirell Medina Llerena

Asesora Jurídica. Ministerio de Salud Pública.

Dr. Berta Lidia Castro Pacheco

Presidente de la Sociedad Cubana de Pediatría.

Dr. José Ernesto Betancourt Lavastida

Director de Defensa y Defensa Civil. Ministerio de Salud Pública.

M. Sc. Erwin Regis Angulo

Funcionario, Programa Nacional Materno Infantil. Ministerio de Salud Pública.

M. Sc. Tatiana Durán Morales

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.
Ministerio de Salud Pública.

Dr. Berta Lidia Acevedo Castro

Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. Cuba

Asesores

Dr. C José Ángel Portal Miranda

Ministro de Salud Pública.
República de Cuba.

Dr. C. Reinol Delfín García Moreiro

Viceministro. Ministerio de Salud Pública.

Dr. Ileana Morales Suárez

Directora Nacional de Ciencia e Innovación Tecnológica.
Ministerio de Salud Pública.

Agradecimientos

A los artífices fundamentales del Programa Nacional de Atención Materno Infantil que lamentablemente ya no se encuentran entre nosotros; Dr. Miguel Ramón Sosa Marín, Dr. José Adalberto Oliva Rodríguez, Dr. Evelio Cabezas Cruz y Dr. Francisco Valdés Lazo.

A los trabajadores de la Editorial Ciencias Médicas, especialmente a su director, Dr. Roberto Zayas Mujica y a la Ing. Damiana I. Martín Laurencio.

Prólogo

El futuro, lo más importante que puede tener cualquier nación, es justamente lo que protege y defiende desde todas sus esencias la atención materno infantil que se desarrolla desde los primeros años de la Revolución, dentro del sistema de salud cubano.

El texto que en esta ocasión ponemos en sus manos es, por muchas razones, una herramienta imprescindible para salvaguardar ese futuro: en él se recogen acciones y modos de hacer de un altísimo valor, para quienes asumimos en Cuba el reto de proteger la maternidad y la infancia desde el quehacer médico, y también desde otros ámbitos.

Experimentados especialistas de la salud pública cubana, pertenecientes a distintas áreas del conocimiento, se dieron a la tarea de aunar en este documento los principales postulados del Programa de Atención Materno Infantil que, tras más de cuatro décadas de implementado, ha sido objeto de actualización. Sin dudas, escribir acerca de este emblemático Programa constituye un gran desafío. Su esencia trasciende la simple recopilación de estadísticas sobre indicadores asociados. Su esencia está encaminada a brindar una atención integral a nuestros niños y mujeres en edad fértil, en cualquier lugar de la geografía cubana.

Lo materializado hasta el momento por la Revolución en lo referido al cuidado materno infantil tiene sus antecedentes en el histórico alegato “La Historia me absolverá”, pronunciado por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en 1953, durante el juicio por el asalto al Cuartel Moncada. La fuerte denuncia hecha entonces de la terrible situación que caracterizaba a la Isla, marcó el camino de lo que haría luego en materia de salud la Revolución cubana, para la cual la población pediátrica ha sido siempre una prioridad.

Cada paso dado con este propósito en la primera década del proceso revolucionario, fue poco a poco sentando las bases para el surgimiento en 1970 del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, antesala de lo que en 1980 se convertiría en el actual Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI).

Apenas un año después, el cumplimiento e implementación de los preceptos del PAMI que se había logrado, nos permitió enfrentar la epidemia de dengue hemorrágico que se extendió por el país en 1981 y afectó fundamentalmente a nuestra población infantil. El tremendo reto que ello implicó para el joven sistema nacional de salud puso a prueba también su capacidad de resiliencia, propiciando la creación de las salas de terapia intensiva en los hospitales pediátricos y la puesta en marcha de los programas de tecnología avanzada.

Las múltiples acciones diseñadas y que paulatinamente se fueron ejecutando, permitieron consolidar los cimientos para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tres de los cuales corresponden al sector Salud y guardan estrecha relación con los postulados que defiende el PAMI: la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna, así como el combate al VIH/SIDA y otras enfermedades.

Resulta imposible obviar cómo en aquellos aciagos días de enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19 en Cuba, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil se convirtió también en una gran fortaleza. Fueron herramientas aprendidas y sistematizadas

durante décadas las que, en 2020, 2021 y 2022, posibilitaron, aun cuando tuvimos que lamentar la muerte de varias embarazadas, puérperas y niños, proteger a esa población de los efectos del virus.

De ese crudo período quedaron muchas experiencias que forman parte de la actualización que se llevó a cabo en el 2023 al Programa Nacional de Atención Materno Infantil y se recoge en este texto. De manera general, el documento contiene 41 objetivos específicos, de los cuales, 16 son nuevos y 18 tuvieron modificaciones relevantes.

Varias de estas acciones que se incluyen y en la actualidad se concretan, no eran más que un sueño en la versión puesta en marcha a partir de 1980. Hoy podemos hablar de procedimientos como la reproducción asistida, la ventilación a domicilio y el constante perfeccionamiento del Plan de protección ante desastres, asociado a la población materno infantil.

A su vez, se incorporaron cuatro apartados que contribuyen a fortalecer el documento elaborado: antecedentes, intersectorialidad, gobernanza, así como monitoreo y evaluación. Entre ellos, es la intersectorialidad un elemento imprescindible, dada la importancia de que exista una verdadera integración entre todos los sectores de la sociedad para respaldar e implementar las diferentes acciones. La aplicación de 27 innovaciones tecnológicas desarrolladas por nuestros expertos y aprobadas por el Comité de Innovación del Ministerio de Salud Pública, es otro de los baluartes que distinguen esta actualización. Al igual que en sus inicios, este Programa es, en sí mismo, una línea conductora de los avances científicos, puestos a disposición de la salud y la vida de nuestro pueblo.

El presente texto constituye una valiosa guía para el trabajo de quienes sostienen un programa tan humano y necesario como el de atención materno infantil.

Gracias, a todos los que en el transcurso de tantos años han contribuido a implementar y perfeccionar las esencias de este hermoso sueño de nuestra Revolución. Confiamos en que quienes hoy continúan ese camino en los más insospechados escenarios, sabrán aprovechar las experiencias y fundamentos que se comparten en este libro para con entrega, profesionalidad y sensibilidad continuar apostando por el futuro y la vida en Cuba.

*Dr. C. José Ángel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública*

Índice de contenidos

Introducción/ 1

Antecedentes/ 3

 Antecedentes históricos en el mundo/ 3

 Antecedentes históricos en Cuba/ 3

 Antecedentes del Programa Nacional de Atención Materno Infantil en Cuba/ 4

I. Propósito/ 8

II. Objetivos/ 9

 Objetivo general/ 9

 Objetivos específicos/ 9

III. Límites/ 11

IV. Universo de trabajo/ 12

V. Gobernanza, organización y estructura/ 13

VI. Intersectorialidad/ 16

 Acciones/ 17

VII. Ética médica y consentimiento informado/ 28

VIII. Actividades que permiten el cumplimiento de los objetivos/ 29

IX. Metas/ 172

X. Monitoreo y evaluación/ 173

 Reuniones/ 174

 Flujo de informaciones/ 175

 Espacios de discusión/ 175

 Acciones de control/ 176

XI. Anexos/ 177

Bibliografía/ 184

Introducción

La actualización del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI), cuya primera versión se elaboró en 1980, se realizó a partir del rediseño de las actividades incluidas en el documento vigente hasta el momento. Para el logro de este empeño se llevó a cabo la revisión de la bibliografía sobre el estado del arte acerca de la atención materno infantil, con énfasis en las directrices recientes emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta edición del Programa Nacional de Atención Materno Infantil contiene 41 objetivos específicos, de los cuales 16 son nuevos objetivos y 18 han sufrido modificaciones relevantes.

Se incorporaron las actividades del Macroprograma de Desarrollo Humano, Equidad y Justicia Social, contenidas en:

- Programa acceso y calidad de los servicios de salud.
- Programa adelanto de la mujer.
- Programa de prevención social.
- Programa de dinámica demográfica.
- Política integral de la niñez, las adolescencias y las juventudes.
- Código de las familias.

Además, se adicionaron los apartados: antecedentes, gobernanza, e intersectorialidad, así como, monitoreo y evaluación, los que robustecen el presente documento.

El colectivo de autores que llevó a cabo la elaboración del texto, lo integran experimentados especialistas de la salud pública cubana, pertenecientes a distintas áreas del conocimiento, vinculados directamente con las acciones del Programa. Asimismo, miembros de los grupos y sociedades nacionales participaron en los análisis y actualización de los objetivos y actividades.

El texto final se sometió a la revisión por los departamentos nacionales del Ministerio de Salud Pública (Atención Primaria de Salud, Hospitales, Enfermería y otros), para corroborar la concordancia entre sí, de los respectivos programas nacionales, así como por los jefes del Programa Nacional de Atención Materno Infantil provinciales y la Dirección Nacional de Ciencia, Tecnología e Investigación. La Dirección Jurídica del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), efectuó la revisión y adecuación de los términos según la legislación vigente.

El análisis se realizó con la presidencia y miembros de la Sociedad Cubana de Derecho Civil y Familia, así como de la Unión Nacional de Juristas de Cuba.

El Programa Nacional de Atención Materno Infantil tiene las premisas siguientes:

- Está basado en la ciencia; en él se aplicaron 27 innovaciones tecnológicas.
- Responde al propósito de cumplir los objetivos de trabajo del MINSAP.

- Facilita el conocimiento y la aplicación de tecnologías gerenciales.
- Proporciona un continuo de atención durante el curso de la vida.
- Utiliza, especialmente, las directrices de la OMS/OPS.
- Indica las técnicas, los medicamentos y los procedimientos más seguros y novedosos.
- Incorpora la gestión de la intersectorialidad con participación social.

Antecedentes

Antecedentes históricos en el mundo

Los antecedentes históricos acerca de los esfuerzos de la humanidad por cuantificar el evento de la muerte se remontan a la Inglaterra del siglo **xvi**.

En el año 1592 la peste asolaba a Europa y en particular a Inglaterra. Se necesitaba conocer lo que esto representaba numéricamente, por lo cual se emitió un decreto gubernamental para que las parroquias hicieran listas de las defunciones y la posible causa de muerte. Así, las parroquias comenzaron a elaborar listas de fallecidos de manera metódica, hubiera epidemias o no. En el año 1662 estos documentos fueron utilizados por John Graunt para realizar un estudio referido al comportamiento de la mortalidad, cuyo resultado reveló que *un tercio de las defunciones ocurrían antes de que los individuos cumplieran 5 años de edad*.

Un siglo después, esta observación se enriquece con el reporte de William Buchan, quien llegó a la conclusión de que *las muertes infantiles representaban la mitad de las de la raza humana*. En el año 1880 se construye una definición de *mortalidad infantil* que, en sentido general, fue aceptada universalmente.

A finales del siglo **xix**, la percepción de los cambios demográficos hizo de la salud del niño un tema político importante. En los albores del siglo **xx**, la tasa de mortalidad infantil captó el interés de los líderes políticos y de la salud, que la veían como un indicador de salud comunitaria, eficiencia económica y bienestar moral colectivo. Desde entonces este dato se ha asumido como punto de mira, objeto de atención y de acción; su comportamiento ha sido considerado como un parámetro que sintetiza el estado de salud y el bienestar de la población.

Antecedentes históricos en Cuba

En Cuba también hubo médicos salubristas que desde las primeras décadas del siglo **xx** estuvieron al tanto de lo que se publicaba en Europa sobre la mortalidad infantil. En 1913 el doctor Juan Guiteras expresó que “el problema sanitario de mayor importancia en el mundo de hoy es la mortalidad infantil” y planteó “que su solución estaba vinculada con la alimentación de los lactantes con leche materna y las mejoras del medio ambiente”.

En el año 1928, el doctor Ángel Arturo Aballí señaló que la elevada tasa de mortalidad infantil, existente en Cuba, era la mayor vergüenza de la sanidad cubana. Destacó que las estadísticas vinculadas con los nacimientos eran falsas, pues pudo comprobar que el número de niños bautizados en las parroquias era superior al número de inscripciones en el registro civil.

La situación económica y social en Cuba en esa época incidía negativamente en la salud de la población y sobre todo en la atención de la mujer y del niño. La mortalidad infantil se estimaba en alrededor de 70 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos y los registros de salud

prácticamente no existían, la esperanza de vida estaba alrededor de los 59,6 años y las enfermedades infecciosas de la infancia causaban todos los años un número elevado de muertes.

Antecedentes del Programa Nacional de Atención Materno Infantil en Cuba

El primer antecedente documentado del Programa Nacional de Atención Materno Infantil en Cuba se encuentra en el año 1953, en el alegato *La Historia me absolverá* del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, cuando expresó:

El noventa por ciento de los niños del campo está devorado por parásitos que se les filtran desde la tierra por las uñas de los pies descalzos. La sociedad se conmueve ante la noticia del secuestro o el asesinato de una criatura, pero permanece criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se comete con tantos miles y miles de niños que mueren todos los años por falta de recursos, agonizando entre los estertores del dolor, y cuyos ojos inocentes, ya en ellos el brillo de la muerte, parecen mirar hacia lo infinito como pidiendo perdón para el egoísmo humano y que no caiga sobre los hombres la maldición de Dios.

En este documento se aprecia no solo la preocupación de Fidel por la atención a la salud de los niños, sino que menciona, cifras de morbilidad y mortalidad infantil, y las principales causas que la provocaban.

El 1º. de enero de 1959 se produce el más importante acontecimiento de la historia de nuestro país: el triunfo de la Revolución cubana. A partir de ese momento se iniciaron transformaciones sociales y económicas destinadas, de manera general, a mejorar la inequidad existente y favorecer el desarrollo de la población en todos los aspectos, principalmente en las condiciones generales de vida, la educación y la salud.

En mayo de 1959 se promulga la Ley de Reforma Educacional y se construyen 19 mil aulas escolares, el 80 % de ellas, en áreas rurales. Desde los primeros años se materializa la decisión política del gobierno revolucionario de priorizar la salud de la madre y el niño. El 28 de enero de 1960, en el acto de entrega del Cuartel Moncada al Ministerio de Educación, el Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, expresó: “nada hay más importante que un niño”.

En 1961 se alfabetizan 707 000 habitantes y gracias a este conocimiento se produce un aumento significativo de la educación sanitaria de la población. En esta etapa desaparece prácticamente el abandono escolar y el nivel de vida de la población, mejora poco a poco, con la aplicación de medidas de carácter económico y social que benefician, sobre todo, a la infancia.

Acciones importantes lo constituyen la creación del Servicio Médico Social Rural y del Sistema Nacional de Salud. En esa década se establece el programa de inmunización y el de lucha contra la gastroenteritis; en diciembre de 1970 se elabora el programa de reducción de la mortalidad infantil, en el sur de la entonces provincia Oriente. Luego, este programa se extendió a todo el país con el propósito de reducir la mortalidad infantil en un 50 %, en el período 1970-1979.

A partir de 1976 se decide instrumentar un programa más amplio que abarcara no solo la mortalidad infantil, sino también la perinatal, preescolar, escolar y materna; de esta manera, en 1980 se implementa el Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI), que tuvo sus guías metodológicas en 1986 y fue actualizado en 1989. La posibilidad de buscar alternativas para reducir cada vez más la mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida de la niñez, llevaron a efectuar análisis de la estructura de mortalidad y factores relacionados, por lo que se diseñó, a principios de los años 80 del pasado siglo, el Programa de reducción del bajo peso al nacer.

A la par, fuera del sistema sanitario, se incrementaron las escuelas y con ello el nivel de instrucción de la población; se fundaron universidades y se crearon instituciones dedicadas a la investigación, cuyos resultados tributaron también a la salud materno infantil. Además, se amplió la red de alcantarillados e incrementó la cobertura de electricidad y agua potable; el acceso a la cultura y el deporte se hizo universal; los medios de comunicación masiva se insertaron activamente en la promoción de estilos de vida más saludables, en general, y en particular en la salud reproductiva.

En este período se produce una emigración masiva de médicos, lo que trajo como consecuencia que solo la mitad de la fuerza médica disponible permaneciera en el país. Las estrategias desarrolladas en ese momento permitieron que la asistencia médica a la población no se deteriorara.

En las etapas que siguieron, la situación de salud tuvo un comportamiento cada vez más favorable. Los indicadores de mortalidad infantil descendieron evolutivamente, así como la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas; el nivel inmunitario de los niños se elevó y se introdujeron nuevas vacunas.

En el año 1981 Cuba enfrentó la epidemia de dengue hemorrágico, que ocasionó pérdidas de vidas humanas sobre todo de niños. El país respondió “convirtiendo el revés en victoria”, con la inauguración y puesta en funcionamiento de las salas de cuidados intensivos pediátricos en todo el país, la introducción y generalización de la maduración pulmonar y el uso de surfacén, así como la inclusión en el programa de inmunizaciones de las vacunas antimeningocócica y contra el H. Influenzae. También, llevó a cabo la formación de miles de profesionales médicos, de enfermería y otros técnicos de la salud.

En estos años, la apertura de salas de cuidados perinatales, también puede ser considerada una estrategia acertada en la reducción de la mortalidad infantil. Así, mejoró la calidad de la reanimación al recién nacido y la atención al niño en estado crítico, las técnicas de tratamiento quirúrgico, el diagnóstico de laboratorio y el de radiología. Estos resultados estaban en correspondencia con la garantía de mayor financiamiento de los recursos materiales dedicados a la salud; pero el factor determinante fue el desarrollo de la atención primaria de salud, que evolucionó desde el concepto de policlínico integral hasta la concepción, en 1984, de la medicina familiar, piedra angular de los resultados actuales.

La crisis internacional trasciende a la sociedad cubana con la desaparición del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano mediante la aprobación de la Ley Torricelli y la nueva Ley Helms-Burton que aumentaron las restricciones financieras a nuestro país.

En los años 1989 al 1993, datos obtenidos del sistema estadístico permitieron identificar un aumento de la tasa de mortalidad infantil asociada a un incremento del índice de bajo peso al nacer. En respuesta a esta situación, se establecen nuevas disposiciones como:

- Revisión y perfeccionamiento del programa de reducción del bajo peso al nacer.
- Incremento del número de hogares maternos y modificación de sus funciones.
- Vinculación de gestantes con bajo peso a los comedores obreros.

Los hogares maternos, instituciones que surgieron como una respuesta a la necesidad de acercar las gestantes a las instituciones hospitalarias, a fin de lograr el parto hospitalario, devinieron en escenario fundamental para la recuperación nutricional de las embarazadas en la década del noventa; así, se convirtieron, además, en verdaderas escuelas de educación

sanitaria para las madres, entre cuyos objetivos fundamentales está la promoción, fomento y protección a la lactancia materna y el autocuidado de la salud.

La tasa de mortalidad infantil (niños menores de un año fallecidos por cada 1000 nacidos vivos) es el indicador reconocido universalmente como síntesis del bienestar de una población determinada; al triunfo de la Revolución se reportaba una tasa de mortalidad infantil de 70 fallecidos por cada 1000 nacidos vivos, según datos estadísticos no confiables, porque ocurrían muertes de niños que no lograban llegar a algún centro de atención médica y fallecían sin ser reportados.

Cuba logró cumplir los objetivos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y alcanzó con anticipación la meta número uno del plan nacional de acción, que planteó mantener una tasa de mortalidad infantil menor de 8 por cada 1000 nacidos vivos, ya que desde antes del año 2000 estaba por debajo de ese propósito. La tendencia de este indicador tuvo una tendencia estable y descendente, obteniéndose las cifras más bajas en 2010 de 4,5 y en 2017 y 2018 de 4,0 por cada 1000 nacidos vivos.

El día 11 de marzo de 2020 se detectaron en nuestro país, los primeros casos de COVID-19 y el 13 de abril del siguiente año 2021 el país tuvo la primera muerte materna por esta entidad. El día 28 de julio de ese año comenzó la administración de la vacuna cubana a nuestras gestantes y puerperas, y en el mes de octubre ocurrió la última defunción materna por esta causa. En esta etapa permanecieron funcionando todos los servicios de atención a la población materno infantil; controles prenatales y puericultura, así como, todos los subprogramas del Programa Nacional de Atención Materno Infantil; y junto con las vacunas antiCOVID-19 creadas por nuestros científicos se logró, en muy corto tiempo, el control de la enfermedad.

En la Convención de Salud realizada en Cuba, en el año 2022, la Dra. Natalia Kanem, Secretaria General adjunta de las Naciones Unidas y Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en su discurso inaugural expresó: “Según la OPS, en ocho países de América Latina una de cada tres mujeres embarazadas con COVID-19 que deberían haber accedido a los servicios de cuidados intensivos, no tuvo acceso a esas unidades en los primeros dos años de la pandemia. Aplaudo a Cuba porque en los momentos más difíciles de la pandemia mantuvo funcionando los servicios de salud sexual y reproductiva tratándolos como los servicios esenciales que son. Cuba logró hacerlo a pesar de los desafíos”.

Al concluir el año 2021, a pesar de la pandemia de COVID-19, nuestro país cerró con una tasa de mortalidad infantil de 7,6 por cada 1000 nacidos vivos, y según datos del Estado Mundial de la Infancia 2021, el año 2019 (últimos datos que reportan) el mundo concluyó con una tasa de mortalidad infantil de 28, y América Latina y el Caribe con 14.

Causas de mortalidad infantil. Las causas que provocan muertes durante el primer año de vida son diversas y se relacionan tanto con problemas relacionados con el ambiente y la infraestructura socioeconómica y sanitaria de la sociedad, como con los aspectos biológicos propios del individuo, de su salud general o, en particular, de la salud sexual y reproductiva.

Prácticamente nada o casi nada de lo que tiene que ver con la mortalidad infantil, escapa al desarrollo social, pues aún los fenómenos que se pretendiera atribuir directamente al sistema sanitario no quedan fuera de este marco. Para lograr tasas de mortalidad infantil bajas, es requisito indispensable que exista una plataforma sociocultural que le sirva de sustento, en la que las responsabilidades familiar, comunitaria y social juegan un papel preponderante.

El acceso al agua potable, saneamiento ambiental y educación son premisas para la salud y la reducción de la mortalidad infantil de manera sostenible. También, es fundamental la accesibilidad a los servicios de salud, lo que tiene mucho que ver con el entorno socioeconómico, que ejerce una influencia indiscutible en el comportamiento del indicador.

La posibilidad de planificar el número de hijos y el momento del embarazo, recibir atención prenatal calificada, favorecerse de la institucionalización del parto, de los programas de vacunación y de la puericultura, son derechos de todos los seres humanos. La atención al niño enfermo con los recursos necesarios y suficientes, puestos a su disposición con oportunidad, constituye un pilar esencial en el logro de la reducción de la mortalidad infantil.

Las principales causas de mortalidad infantil, en los países que mantienen esta tasa elevada, no son las afecciones perinatales, sino la pobreza, producto de la desigualdad de repartición de las riquezas, el discriminado acceso a la nutrición, a la educación y a los servicios básicos de salud. Nuestro país trabaja de modo permanente en la atención a los factores asociados a la mortalidad infantil, priorizando siempre la atención a las gestantes y niños.

Principales factores que intervienen en la tasa de mortalidad infantil de Cuba:

- Factores demográficos:
 - Descenso de la natalidad.
 - Elevado número de embarazos en la adolescencia.
 - Envejecimiento de la edad de la fecundidad.
- Factores económicos:
 - Macroeconomía.
 - Economía familiar.
- Factores sociales:
 - Sistema social con igualdad de recursos.
 - Comunidad y familia.
- Factores educacionales:
 - Nacional.
 - Familiar.
- Factores relacionados con el abasto de agua:
 - Nacional.
 - Familiar.
 - Instituciones de salud.
- Factores geográficos:
 - Migraciones internas.
 - Población flotante.
 - Comunidades periféricas.
- Factores nutricionales:
 - Disponibilidad, acceso, orientación, ingestión de alimentos.
 - Hogares maternos.
- Factores asociados al saneamiento ambiental.
- Factores sanitarios: accesibilidad, universalidad, gratuidad, carácter promocional y preventivo, así como, aplicación de la técnica y la ciencia.
- Factores relacionados con la intersectorialidad, porque la salud pública no es patrimonial, ni exclusiva del sector salud.

I. Propósito

Ofrecer un programa que contribuya a elevar la salud y la satisfacción de la población mediante acciones de promoción, protección, prevención y recuperación de la mujer, embarazada o no, apoyando un medio ambiente que permita a todos los niños, niñas y adolescentes tener una salud óptima, así como haber sido criados en entornos seguros y protegidos, bien educados y preparados de forma física, mental y emocional, para contribuir social y económicamente a la sociedad.

II. Objetivos

Objetivo general

Perfeccionar la atención a la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, con énfasis en la calidad de la atención a la salud sexual, reproductiva y materno infantil.

Objetivos específicos¹

1. **Perfeccionar el trabajo de la medicina y la estomatología familiar y comunitaria, relacionado con las actividades del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
2. Lograr la sostenibilidad en las acciones de educación para la salud en todos los equipos de atención primaria de salud, hospitales e institutos y la comunidad.
3. *Elevar la educación de la población, relacionada con temas de salud sexual y reproductiva, y sus derechos, para contribuir a fomentar una actitud responsable, con prioridad en el grupo de las y los adolescentes.
4. *Perfeccionar la planificación familiar.
5. *Optimizar la atención al riesgo reproductivo preconcepcional.
6. Promover un adecuado estado nutricional a la mujer en edad fértil y de modo especial a las gestantes.
7. **Mejorar la calidad de atención a la terminación voluntaria del embarazo.
8. **Mejorar los indicadores de fecundidad de la población cubana en las edades óptimas con disminución del embarazo en la adolescencia.
9. ** Perfeccionar la atención a la reproducción humana asistida vinculada a la familia.
10. **Ofrecer una adecuada atención prenatal, elevando la atención médica de las gestantes, en especial las que tienen riesgo obstétrico.***
11. Mantener niveles adecuados de vacunación de la población materno infantil.***
12. **Reducir el impacto de las enfermedades genéticas sobre la salud y el bienestar de las personas a través de estrategias de promoción y prevención.***
13. *Desarrollar el tratamiento intrauterino de las anomalías congénitas incluidas la medicina y la cirugía fetal.***
14. *Reducir el bajo peso al nacer, atendiendo con calidad el diagnóstico, prevención y tratamiento temprano del parto pretérmino y la restricción del crecimiento intrauterino.***
15. *Perfeccionar la calidad de la atención médica que reciben las gestantes en los hogares maternos y optimizar la utilización de las camas.
16. **Mejorar el trabajo en las salas de cuidados especiales materno perinatales y reducir la mortalidad perinatal.***
17. **Lograr la óptima calidad en la atención del trabajo de parto, del parto y del puerperio, e implementar la asistencia al parto respetuoso.***

¹ *Nuevo objetivo. **Objetivo con cambios significativos en sus actividades. ***Aplicación de innovación tecnológica.

18. **Reducir la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad materna.**
19. **Fomentar e incrementar la lactancia materna, perfeccionar el funcionamiento de los bancos de leche humana e introducir la tetanalgesia.**
20. *Eleva la calidad de atención al recién nacido, incluyendo el método canguro o piel a piel.
21. Promover un adecuado estado nutricional de niños, niñas y adolescentes.
22. *Promover un crecimiento y desarrollo óptimo de niños, niñas y adolescentes, y brindar una atención de puericultura de calidad.**
23. **Brindar una atención médica de calidad a niños, niñas y adolescentes, entre ellos los que tienen afecciones cardíacas, logrando reducir sus causas de muerte.**
24. *Perfeccionar la atención a las infecciones respiratorias agudas.
25. *Optimizar la atención a la enfermedad diarreica aguda.
26. *Disminuir la morbilidad y mortalidad por sepsis, y desarrollar los servicios de infectología.
27. *Perfeccionar la atención a las afecciones oncológicas en la infancia.**
28. **Contribuir al fortalecimiento de una cultura de prevención de lesiones no intencionales en niños, niñas y adolescentes, que involucre a la familia y a la sociedad en su conjunto.**
29. *Brindar atención médica integral a los niños en situación de discapacidad y a las enfermedades crónicas de la infancia.
30. **Optimizar el funcionamiento de las salas de terapia intensiva pediátricas, aplicar el consenso de sepsis y ventilación domiciliar.**
31. *Perfeccionar la cirugía neonatal, pediátrica y oncológica.
32. **Brindar una rehabilitación integral al paciente en edad pediátrica.**
33. Perfeccionar la calidad de la atención médica en las instituciones infantiles y escuelas del sistema nacional de educación.
34. *Perfeccionar la atención a la adolescencia.**
35. Perfeccionar la atención de las pacientes con afecciones ginecológicas e impulsar el desarrollo de la ginecología infanto juvenil.
36. Perfeccionar el diagnóstico, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual.
37. **Disminuir la morbilidad y mortalidad por afecciones oncológicas en las mujeres.
38. **Promover la superación profesional de médicos y personal de enfermería, así como la capacitación de técnicos y demás trabajadores de la salud, en relación con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
39. **Incrementar las investigaciones sobre salud materna e infantil.
40. *Implementar mecanismos para la evaluación y evidencia de la calidad y seguridad de la atención a la mujer, la niñez y la adolescencia, con énfasis en la salud reproductiva y materno infantil.
41. *Prevenir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en la población materno infantil afectada por desastres.

III. Límites

De espacio. El Programa Nacional de Atención Materno Infantil se desarrollará en todo el país y será aplicado en todas las instancias que brinden atención al universo de trabajo de dicho programa.

Unidades:

- Consultorios del médico y la enfermera de la familia.
- Policlínicos (consultas de adolescencia y planificación familiar, genética, consultas multidisciplinarias, infección de transmisión sexual, regulación menstrual, vacunatorios y consejerías).
- Hospitales pediátricos a los diferentes niveles.
- Hospitales ginecobstétricos a los diferentes niveles.
- Hospitales generales con servicio de pediatría, ginecobstetricia y neonatología.
- Hospitales materno infantiles.
- Hogares maternos.

De tiempo. Tendrá carácter permanente y deberá actualizarse cada cinco años.

IV. Universo de trabajo

Población:

- Mujeres en todas en las etapas de la vida y hombres en relación con la salud sexual y reproductiva.
- Gestantes y puérperas.
- Niños recién nacidos (menores de 28 días de vida).
- Lactantes (niños desde 28 días de nacidos, hasta menores de un año de edad).
- Prescolares (niños desde 1 año hasta menores de cinco años de edad).
- Escolares (niños de 5 hasta 14 años de edad).
- Adolescentes (niños y jóvenes de 10 a 19 años de edad).
- Mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad).
- Mujeres en etapa de climaterio y menopausia.
- Personas en procesos de reproducción asistida.
- Personas transgénero, no binarias, de género fluido e intersexuales.

V. Gobernanza, organización y estructura

La gobernanza, organización y estructura del Programa Nacional de Atención Materno Infantil comprende los aspectos siguientes:

- El Ministerio de Salud Pública, a partir de su estructura, es el responsable de organizar, evaluar, planificar, ejecutar, controlar y actualizar el Programa Nacional de Atención Materno Infantil; así como de todo lo relacionado con los recursos humanos y materiales necesarios, y de establecer las guías de actuación con la asesoría de los grupos nacionales de las especialidades, que servirán de base para la realización de los protocolos institucionales.
- Los servicios de salud relacionados con el Programa² son continuos las 24 h del día y los 365 días del año, según corresponda. Los diferentes servicios y especialidades ajustan los horarios laborales teniendo en cuenta lo establecido en el Código de trabajo de la República de Cuba.
- Las especialidades de: Medicina General Integral, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Terapia Intensiva de adulto y pediátrica, Cirugía Pediátrica, Genética, e Higiene y Epidemiología son las que tributan directamente al funcionamiento del Programa; sin embargo, se solicitará la participación de otras especialidades cuando resulte necesario.
- Los subprogramas que lo integran son:
 - Control de enfermedades diarreicas.
 - Infecciones respiratorias agudas.
 - Lactancia materna.
 - Reducción del bajo peso al nacer.
 - Prevención de lesiones no intencionales en menores de 20 años.
 - Adolescencia.
 - Puericultura.
 - Hogares maternos.
 - Cirugía pediátrica, neonatal y trasplante hepático infantil.
 - Reproducción humana asistida.
 - Infectología.
 - Nutrición a niños y embarazadas, suplementos y fortificantes.
 - Atención a la morbilidad y mortalidad materna.
 - Terapias intensivas pediátricas.
 - Terapias intensivas neonatales.
 - Psiquiatría infanto juvenil.
 - Atención a los niños con enfermedades crónicas de la infancia.
 - Red cardiopediátrica.
 - Climaterio y menopausia.

² Siempre que se utilice la palabra Programa se referirá al Programa Nacional de Atención Materno Infantil.

- Atención a desastres de la población materno infantil.
 - Subprogramas subordinados al grupo de cáncer: detección precoz del cáncer cervicouterino; detección precoz del cáncer de mama; cáncer en la infancia.
 - Subprogramas subordinados a la atención primaria de salud: planificación familiar, y riesgo reproductivo y preconcepcional.
 - Otros programas directamente relacionados con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil son: Educación sexual (subordinado al CENESEX), Brigadistas sanitarias; Maternidad y paternidad responsable (subordinado a la FMC), Programa nacional de genética médica (Centro Nacional de Genética Médica) y el Programa “Educa a tu hijo” (subordinado al Ministerio de Educación).
- El Programa es el responsable de evaluar y proponer la incorporación de nuevos ámbitos de atención médico y social.
 - Las direcciones generales provinciales y municipales de salud, serán las máximas autoridades, responsables de implementar el Programa a su nivel correspondiente, aportando, de forma organizada, los recursos humanos y materiales necesarios.
 - Los directores de las unidades ejecutoras tendrán la responsabilidad de organizar, dirigir y controlar las acciones del Programa a nivel de estas.
 - Los miembros del equipo de salud, a todos los niveles de la organización, que tengan responsabilidad con la ejecución del Programa, conocerán los detalles de este, así como las actividades en las que deben participar.
 - El Programa será ajustado a las características propias de los diferentes niveles de atención.
 - La adecuación del Programa es responsabilidad de los dirigentes del sistema de salud, con una óptima integración entre los distintos niveles de atención.
 - Los gobiernos locales en relación con las direcciones provinciales y municipales de salud, son los responsables de evaluar la gestión y cumplimiento del Programa en el territorio, de forma intersectorial y multidisciplinaria, con una frecuencia mínima mensual. Como sistema de trabajo deberán evaluar el cierre anual y la proyección de trabajo para el próximo año. Los distintos organismos de la administración, rendirán cuentas sobre el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades en relación con el Programa.
 - Se realizará un análisis sistemático, oportuno e integral de los recién nacidos con bajo peso (menos de 2500 g), los fallecidos menores de 18 años, así como de las defunciones fetales tardías, la morbilidad materna extremadamente grave y las muertes maternas, de forma tal que los datos obtenidos permitan la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles de la organización. Se tendrá en cuenta:
 - El nacimiento de un niño con peso inferior a 2500 g, será discutido por el área de salud de residencia y el hospital de ocurrencia, tomando en consideración los elementos pertinentes, de su atención ambulatoria y hospitalaria. Se deben dejar esclarecidas la clasificación del bajo peso y las causas que lo ocasionaron.
 - El fallecimiento de un menor de 18 años, defunción fetal tardía o muerte materna, será inicialmente discutido por el área de salud de residencia y el hospital de ocurrencia.
 - El fallecimiento de un menor de 18 años, defunción fetal tardía o muerte materna, será discutido por el municipio de residencia, tomando en consideración los elementos pertinentes, de la discusión de su atención ambulatoria y hospitalaria.

- Para la discusión obligatoria de las muertes maternas se indica:
 - Notificar de inmediato toda muerte materna a los niveles municipal, provincial y nacional.
 - Mantener actualizada la información de mortalidad materna y sus causas a todos los niveles de la organización.
 - Discutir en la comisión de morbilidad materna extremadamente grave, todos los casos de maternas (gestantes y puérperas) en estado crítico.
 - Discutir en la comisión de mortalidad materna, todas las muertes maternas directas e indirectas.

VI. Intersectorialidad

El sistema de acciones que se propone está dividido en cuatro subsistemas:

- Subsistema salud: agrupa 41 acciones del sector salud, líder técnico del Programa.
- Subsistema educativo: agrupa 17 acciones encaminadas a la labor educativa fundamentalmente a la educación sexual y reproductiva de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y adultos.
- Subsistema de gobierno: agrupa 20 acciones a desarrollar por los gobiernos municipales y provinciales.
- Subsistema político: agrupa 6 acciones a desarrollar por el Partido Comunista de Cuba, Unión de Jóvenes Comunistas y resto de las organizaciones de masas.

Pilares que transversalizan cada uno de los subsistemas:

- Nivel primario de atención médica.
- Capacitación.
- Comunicación.
- Participación social y comunitaria.
- Ciencia e innovación.
- Transformación digital.

Plan de acciones de los organismos de la administración central del Estado, y organizaciones políticas y de masas. Se propone un total de 163 acciones, distribuidas como sigue:

- Ministerio de Educación: 25.
- Ministerio de Educación Superior: 4.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: 4.
- Instituto de Información y Comunicación Social: 4.
- AZCUBA: 2.
- Ministerio de Justicia: 5.
- Ministerio de Transporte: 4.
- Ministerio de Industrias: 6.
- Fiscalía General de la República: 2.
- Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación: 3.
- Ministerio de la Agricultura: 8.
- Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias: 4.
- Ministerio de la Industria Alimentaria: 7.
- Ministerio de la Construcción: 4.
- Ministerio de Turismo: 3.
- Ministerio de Cultura: 4.
- Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos: 2.
- Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente: 2.

- BioCubaFarma: 8.
- Ministerio del Comercio Exterior y la Inversión Extranjera: 3.
- Ministerio de Comercio Interior: 8.
- Ministerio de Finanzas y Precios: 4.
- Ministerio de Comunicaciones: 3.
- Federación de Mujeres Cubanas: 18.
- Central de Trabajadores de Cuba: 8
- Asociación Nacional Agricultores Pequeños: 8.
- Comités de Defensa de la Revolución: 8.

Acciones

Subsistema de gobierno:

- Analizar sistemáticamente en los consejos de la administración municipales y provinciales el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, debiendo incorporarse en los respectivos planes de temas.
- Lograr mayor implicación de las familias en el análisis de la situación de salud en sus comunidades, con énfasis en el Programa.
- Mantener una atención diferenciada sobre el control en la base, de la asignación y consumo de alimentos en hogares maternos, sistema de atención a la familia (SAF) y otros centros sociales donde se atienden embarazadas.
- Realizar acciones desde los sistemas alimentarios locales (SAL) para atender diferencialmente a las mujeres y niños en condiciones de vulnerabilidad.
- Evaluar con la industria alimentaria la introducción de alimentos fortificados para la nutrición de mujeres, gestantes y niños.
- Vincular, para la alimentación diaria, a las embarazadas identificadas con problemas nutricionales y sociales, a comedores obreros, sistema de atención a la familia (SAF) y otros actores económicos radicados en las demarcaciones donde actúan los consejos populares.
- Defender un plan especial de atención integral a los médicos, enfermeras de la familia y especialistas dedicados al Programa Nacional de Atención Materno Infantil, en correspondencia con las potencialidades de cada territorio.
- Preservar el programa de reparación y mantenimiento de los consultorios de la familia, en correspondencia con los recursos de cada territorio.
- Contribuir con el completamiento de las capacidades de ingreso en los hogares maternos existentes y buscar soluciones (construcción o adaptación de locales) para la terminación de estos, en los municipios donde no existen.
- Proteger el adecuado funcionamiento de los equipos básicos de salud (EBS).
- Controlar por las comisiones de prevención la atención que se da a embarazadas pertenecientes a familias en situaciones de vulnerabilidad. Hacer propuestas e identificar prioridades.
- Potenciar la intersectorialidad con acciones preventivas, coherentes y cohesionadas en las que participen las entidades, instituciones, la comunidad y las familias.
- Instar a las estructuras de salud pública y educación de cada territorio, a mantener el control de las acciones educativas y de prevención, con planes de acciones concretas y cronogramas de realización.

- Organizar acciones de capacitación integral para todos los actores que intervienen en la atención a este Programa, las cuales deben ser incorporadas al sistema de trabajo del gobierno provincial, los consejos de la administración municipal y las administraciones de las instituciones.
- Gestionar la producción de cunas y otros medios destinados a las futuras madres, mediante la utilización de recursos locales, e involucrando a formas estatales y no estatales en su producción. Priorizar, en la distribución, a las embarazadas identificadas en situaciones de vulnerabilidad.
- Diagnosticar el funcionamiento integral y el estado técnico constructivo de las salas de parto, parto y de neonatología. Trazar acciones en correspondencia con problemáticas detectadas, para su gradual recuperación y transformación.
- Participar sistemáticamente en los consejos de dirección de salud pública, para evaluar el cumplimiento de su encargo estatal respecto al funcionamiento del Programa.
- Evaluar sistemáticamente con las administraciones, las soluciones a los problemas y necesidades identificadas por el sector salud y los trabajadores sociales, relacionados con el fortalecimiento del Programa.
- Potenciar las rendiciones de cuenta de las direcciones de salud, cuadros, especialistas, comisiones y grupos temporales de trabajo relacionados con este Programa.

Ministerio de Industria Alimentaria (MINAL):

- Evaluar la implementación de un programa para apoyar la alimentación de las mujeres desnutridas, en edad fértil (de 15 a 49 años), que constituyen riesgo reproductivo preconcepcional, en el pregestograma.
- Vincular las embarazadas y niños desnutridos a sus instituciones para el apoyo nutricional, en coordinación con las áreas de salud correspondientes.
- Cumplir con la atención a los hogares maternos y hospitales materno infantiles a partir del balance nacional que está establecido, sumando a esto las posibilidades existentes de la materia prima en los propios territorios, con lo cual esta atención se puede incrementar.
- Poner a disposición del Programa los productos fortificados diseñados por el Instituto de Investigaciones de la Industria Alimenticia, a partir de la disposición de materias primas necesarias para su elaboración.
- Incluir en las dietas de embarazadas y madres donadoras de leche otros alimentos; por ejemplo, derivados de la leche, a partir de la disponibilidad de materias primas que posean los municipios, en coordinación con las autoridades y las áreas de salud.
- Garantizar, mensualmente, la producción del módulo de alimentos de apoyo a las embarazadas. Ejemplo: la Empresa láctea Bayamo está produciendo Beberlac y Gerlac, productos para madres con déficit de hierro y calcio con distribución nacional.

Ministerio de la Agricultura (MINAGRI):

- Facilitar la distribución de un huevo diario por embarazadas (30 al mes) a precios módicos.
- Entregar módulos de viandas y vegetales a precios diferenciados, con distribución controlada a partir de la libreta de abastecimiento.
- Potenciar los organopónicos para dirigir sus productos a niños y embarazadas desnutridos.

- Vincular las diferentes formas de producción a los hogares maternos.
- Garantizar la materia prima (productos apícolas) para la producción del Trofín.
- Incorporar embarazadas y niños desnutridos a las empresas subordinadas en apoyo a su alimentación, en coordinación con las áreas de salud.
- Defender un plan especial de atención integral a los médicos, enfermeras de la familia y especialistas dedicados al Programa, en correspondencia con las potencialidades de cada territorio.
- Participar en los procesos de reparación y mantenimiento de los consultorios del médico de la familia, hogares maternos y salas de atención de los hospitales maternos, pediátricos y maternos infantiles, vinculando brigadas, contingentes y empresas de los territorios a estos procesos.

AZCUBA:

- Incorporar embarazadas y niños desnutridos a las empresas subordinadas en apoyo a su alimentación, en coordinación con las áreas de salud.
- Garantizar un apoyo integral a las acciones relacionadas con la alimentación de pacientes desnutridos, la reparación de instituciones y la atención a los trabajadores de salud en sus territorios, relacionados con el Programa.

BioCubaFarma y otras empresas productoras de medicamentos:

- Garantizar la producción de los suplementos y medicamentos para prevenir y tratar la anemia.
- Generalizar el uso, como bioestimuladores, de suplementos como el Trofín.
- Culminar el estudio, presentar, validar y producir la vacuna contra el *Streptococcus pneumoniae*.
- Elaborar diagnosticadores precoces de la sepsis ovular.
- Mantener los esquemas de intervención con el uso de la biomodulina para las gestantes en el segundo y tercer trimestres del embarazo.
- Desarrollar atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Dar prioridad a la producción de medicamentos, reactivos, insumos, equipos y piezas de repuesto, relacionadas con el funcionamiento de las instituciones del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- Realizar acciones de contribución social al Programa, a partir de las utilidades económicas.

Ministerio de Industrias:

- Crear capacidades en la industria, destinadas a la recuperación y mantenimiento de los sistemas ingenieros de las instituciones y hospitales vinculados al Programa Nacional de Atención Materno Infantil (lavadoras, calderas, cocinas, otras), a partir de los financiamientos que asegure el MINSAP o la economía, elaborando los cronogramas correspondientes.
- Crear capacidades de la industria para la producción y recuperación del mobiliario clínico de las instituciones del Programa, a partir de los financiamientos que asegure el MINSAP o la economía, elaborando los cronogramas correspondientes.

- Identificar de manera conjunta esquemas financieros que aseguren las materias primas e insumos para las producciones y servicios.
- Garantizar la producción de las cunas, colchones y canastillas para las gestantes y recién nacidos.
- Facilitar la producción de un módulo de pañales desechables, almohadillas sanitarias, toallas húmedas y aseo en cada territorio para las embarazadas.
- Desarrollar atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

Ministerio de Comercio Interior (MINCIN):

- Garantizar la distribución de cunas, colchones y canastillas para las gestantes y recién nacidos.
- Discutir en los consejos de distribución de forma diferenciada los aseguramientos para los hogares maternos y hospitales.
- Garantizar a través de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), los refuerzos alimentarios para los hogares maternos.
- Asegurar las dietas médicas para gestantes y puérperas.
- Desarrollar la atención diferenciada a embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Ofrecer apoyo nutricional a las madres donadoras de leche.
- Garantizar mensualmente la distribución del módulo de alimentos de apoyo a las embarazadas.
- Facilitar, en cada territorio, la venta de un módulo de pañales desechables, almohadillas sanitarias, toallas húmedas y aseo para embarazadas.

Ministerio de Turismo:

- Incluir el pago de la distribución de utilidades a las madres durante el periodo de prestación social, que no se contempla actualmente pues solo es para gestantes.
- En las instituciones que tengan aprobadas en su sistema de propina el cobro del 10 %, se seleccionará un porcentaje para el aporte directo a la sostenibilidad de los hogares maternos.
- Las instalaciones de turismo que tengan comedor obrero y posean dentro de sus trabajadores mujeres embarazadas, deben brindar una alimentación reforzada.

Ministerio de Transporte (MITRANS):

- Desarrollar la atención diferenciada a embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Garantizar la transportación de gestantes para sus consultas provinciales y nacionales, así como la de personas que son atendidas para la reproducción asistida y del personal de salud que precisa, por las grandes distancias, tanto para ir y como regresar de su institución de salud.
- Implementar el plan estratégico nacional de seguridad vial infanto juvenil.
- Contribuir con la transportación de las leches maternas donadas hacia los bancos de leche humana.

Ministerio de Comunicaciones (MICOM):

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Facilitar la promoción de la APK Xebra, entre adolescentes, para la formación de una sexualidad segura a través de información y juegos didácticos.
- Perfeccionar la página de Facebook de la red de jóvenes por la vida, espacio virtual donde se promociona la salud sexual y reproductiva, y otros elementos de la salud integral, en adolescentes y jóvenes www.facebook.com/jovenxlavidaoficial

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS):

- Realizar la caracterización de la familia, del 100 % de las embarazadas, por el trabajador social del territorio, la identificación de situaciones de vulnerabilidad social y económica, y la protección monetaria, con servicio y entrega de recursos de carácter temporal y excepcional, a las que lo requieran.
- Elaborar estrategias para lograr reincorporar a la vida laboral a toda madre que lo solicite.
- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Fiscalizar que se cumplan las leyes para la protección a las mujeres embarazadas y niños.

Ministerio de la Construcción (MICONST):

- Participar en los procesos de reparación y mantenimiento de los consultorios del médico de la familia, hogares maternos y salas de atención de los hospitales maternos, pediátricos y maternos infantiles vinculando brigadas, contingentes y empresas de los territorios a estos procesos.
- Mantener el programa de la vivienda para madres con tres hijos y más.
- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Agilizar la solución de los pisos de tierra en las viviendas de las embarazadas y madres de con niños menores de un año.

Ministerio de Educación (MINED):

- Incrementar el trabajo socialmente útil de los estudiantes, desde las escuelas hacia las comunidades.
- Trabajar por mantener elevados parámetros de retención escolar.
- Desde las aulas, intervenir con labores educativas en salud sexual y reproductiva, las desventajas del hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, para adolescentes y jóvenes.
- Fomentar la educación de las ventajas de la lactancia materna.
- Garantizar la educación continuada a las jóvenes gestantes y puérperas.
- Incluir en los programas de la enseñanza primaria, secundaria y preuniversitario, temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y el embarazo en la adolescencia; evaluar su inclusión curricular de forma electiva.
- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

- Desarrollar un programa audiovisual con Cinesoft, donde se dialogue acerca del embarazo en la adolescencia, tomando como referencia hechos de la vida cotidiana.

Acciones conjuntas MINED-MINSAP:

- Desarrollo del proceso de preparación para la implementación del programa de educación integral de la sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos.
- Incorporar en el tercer momento de la actividad conjunta del Programa Educa a tu Hijo, la participación de especialistas de salud.
- Monitorear el estado de la estrategia del sector para la prevención del embarazo en la adolescencia implementada en el año 2022.
- Reflexión y debate del capítulo Embarazo en la adolescencia, perteneciente al programa televisivo **Encuadre educativo**, en todas las instituciones educativas a partir de la secundaria básica.
- Elaborar el plan para el monitoreo y evaluación a la implementación del programa de educación integral de la sexualidad, como parte del proyecto de cooperación: Educación integral de la sexualidad, y salud sexual y reproductiva, con adolescentes del Sistema Nacional de Educación, que realiza el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Introducción de los resultados del proyecto investigativo educo-comunicativo “Espejuelos para el género”, realizado de conjunto con la Escuela Nacional de Salud Pública, con educandos de educación primaria.
- Dar seguimiento a las medidas para lograr altos niveles de salud de las adolescentes embarazadas en los centros educacionales, indicadas en la carta conjunta entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) (16 de marzo del 2009).
- Desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación a educandos según el nivel educativo, así como a directivos y docentes, con la participación de especialistas de salud y la FMC, dirigido a fortalecer el desarrollo de conocimientos en los educandos.
- Garantizar el desarrollo de los programas de actividad física vinculados a la atención materno infantil, a partir de un efectivo diagnóstico de la demanda en las comunidades y el accionar en los grupos de trabajo que permita crear ambientes y espacios seguros.
- Fortalecer el trabajo metodológico conjunto con el MINED que propicie que directivos, metodólogos, profesores principales y profesores de los combinados deportivos, actualicen la preparación y capacitación adecuadas para la realización de la actividad conjunta en los tres momentos del Programa Educa a tu Hijo (PEH).
- Garantizar desde el trabajo integrado INDER-MINSAP e INDER-MINED, el accionar y la evaluación de determinantes de la salud y educativos, relacionados con el ambiente físico.
- Identificar proyectos o mecanismos de financiamiento para apoyar políticas y enfoques multisectoriales sobre la actividad física en espacios seguros para embarazadas, lactantes e infantes.
- Capacitar al personal técnico especializado del sistema institucional de la cultura (profesores, instructores de arte, gestores, especialistas y promotores culturales) con temas referidos a la atención materno infantil, políticas vigentes, prioridades y principios para

la atención a mujeres embarazadas y recién nacidos (tendencias, fortalezas, deficiencias, riesgos y vulnerabilidades).

- Realizar espacios culturales fijos y caracterizados, así como impartir talleres de apreciación y creación (como parte de la programación cultural de extensión), en las casas de orientación a la mujer y la familia y los hogares maternos, que vinculen la promoción de salud y prevención de enfermedades, riesgos y daños a la salud; con las manifestaciones del arte y la literatura.
- Incorporar artistas e intelectuales (referentes de la cultura y de alta convocatoria popular) a campañas de comunicación social y de bien público, en el apoyo al empoderamiento para los cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- Diseñar y convocar a concursos de la creación (fundamentalmente en la literatura y las artes visuales para adolescentes y jóvenes).

Ministerio de Educación Superior (MES):

- Incorporar embarazadas y niños desnutridos a las instituciones subordinadas en apoyo a su alimentación, en coordinación con las áreas de salud.
- De conjunto con el MINSAP, organizar acciones de capacitación integral para todos los actores que intervienen en la atención a este Programa, las cuales deben ser incorporadas al sistema de trabajo del gobierno provincial, los consejos de la administración municipal y las administraciones.
- Incrementar el trabajo socialmente útil de los estudiantes, desde la universidad hacia las comunidades.
- Desarrollar atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER):

- Trabajar de conjunto con médicos y enfermeras de la familia en los programas de psicoprofilaxis para el parto seguro, gimnasia para embarazadas y Educa a tu hijo.
- Garantizar actividades deportivas para los jóvenes en ambientes físicos saludables.
- Establecer, a través de un convenio INDER-MINSAP, las obligaciones por ambas partes en cuanto al apoyo a la alimentación de embarazadas y niños desnutridos de las áreas de salud, donde pertenecen los centros del deporte que poseen comedor y la atención diferenciada a los que pertenezcan a su sector.

Ministerio de Cultura (MINCULT):

- Insertar las Casas de Cultura en acciones destinadas a modificar estilos y conductas, de adolescentes y jóvenes, en las comunidades.
- Participación de las escuelas promotoras de arte en actividades que propicien, desde la comunicación social, la promoción de salud y la recreación de las gestantes ingresadas en hogares maternos u otras instituciones del Programa.
- Incorporación de los institutos de arte y sus alumnos a actividades culturales en las comunidades y barrios en transformaciones, con un enfoque preventivo del embarazo en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual.
- Desarrollar atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

Instituto de Información y Comunicación Social:

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Realizar intervenciones provinciales en espacios semanales radiales y televisivos con todas las temáticas del Programa.
- Garantizar mayor cantidad de programaciones en los espacios nacionales para tratar los temas de la sexualidad en los adolescentes con programas como aventuras, teleplay, novelas, entre otras.

Ministerio de Justicia (MINJUS):

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Conservar una adecuada conducción notarial sobre el nuevo programa de reproducción asistida.
- Agilizar las acciones jurídicas dirigidas al proceso que se les realiza a los responsables parentales que no garantizan la integridad física o psicológica de los infantes, controlándolas a través de despachos sistemáticos con el departamento de defensoría para el perfeccionamiento del sistema de articulación.
- Capacitar a los profesionales de la salud, afines con el Programa, en los aspectos jurídicos relacionados con los derechos y deberes en el ámbito familiar, y la necesidad de fortalecer los valores y principios de la familia en nuestro país.
- Generalizar el programa de visitas a los hogares maternos y hogares de niños sin amparo filial, para la realización de conversatorios sobre los servicios jurídicos notariales y registrales, principalmente en temas relacionados con distintas figuras jurídicas.

Fiscalía General de la República (FGR):

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Acompañar a las direcciones de salud, en cada territorio, en los casos de no cumplimiento de los protocolos establecidos en el Programa, que transgredan las leyes establecidas en el país.

Ministerio del Comercio Exterior (MINCEX):

- Elaborar y aprobar carpetas de oportunidades dentro de la agenda inversionista para favorecer la atención integral al Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- Vincular una mayor cantidad de organismos internacionales en apoyo al Programa.
- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA):

- Desarrollo de investigaciones de conjunto con el MINSAP, basadas en el concepto de *una salud*, dirigidas a la solución de problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.

Ministerio de Finanzas y Precios:

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Evaluar las necesidades presupuestarias del sector salud en lo referido a la reparación de consultorios médicos, hogares maternos y servicios de riesgo.
- Garantizar partidas de presupuestos que ayuden a las unidades de salud a adquirir alimentos y medicamentos, a pesar del alza de los precios actuales.
- Proponer un estímulo fiscal a las MIPYMES que apoyen a embarazadas y a las púerperas que amamantan a sus hijos.

Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (MINFAR):

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Establecer convenios con el MINSAP para elevar el nivel asistencial, hacia la población relacionada con el Programa, de sus instituciones médicas según su área de influencia. Pendiente por concluir la sala de terapia intensiva pediátrica del hospital “Dr. Luis Díaz Soto”
- Lograr la colaboración, a través de convenios, de su personal médico y técnico en las diferentes unidades del sistema nacional de salud cubano según las necesidades.
- Creación de 12 casitas infantiles para la atención a infantes.

Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INRH):

- Desarrollar la atención diferenciada a las embarazadas y niños desnutridos de los trabajadores de su sector.
- Asegurar un apoyo integral a las acciones relacionadas con la reparación de instituciones y la atención a los trabajadores de salud en sus territorios, relacionados con el Programa (actuarán en el ámbito de sus competencias).

Comités de Defensa de la Revolución (CDR):

- Crear un movimiento a favor de la lactancia materna: publicación de fotos de los niños con lactancia materna exclusiva en los murales de los CDR y felicitaciones en las actividades de aniversario de los CDR a las madres que lactan, entre otros.
- Cooperar en la captación de brigadistas sanitarias.
- Informar al médico y la enfermera de la familia sobre el comportamiento de familias disfuncionales en el cuidado de sus embarazadas y niños.
- Influir sobre los factores ambientales y sociales que pueden afectar a población materno infantil.
- Apoyar, de manera coordinada, la captación de madres donantes de leche materna.
- Potenciar, en las comunidades, espacios amigables para el abordaje del tema con adolescentes, sus familiares y parejas; a través de charlas, talleres, servicios de orientación, círculos de interés, videos debate, juegos de participación, concursos con la participación de las familias y sus adolescentes.
- Promocionar campañas de vacunación y mantener el apoyo que realizan los cederistas al Programa Nacional de Vacunación.
- Prevenir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en la población materno infantil afectada por desastres.

Federación de Mujeres Cubanas (FMC):

- En las casas de orientación a la mujer, mantener espacios para la preparación de los adolescentes en temas sobre anticoncepción, embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida, y violencia de género.
- Realizar acciones educativas, relacionadas con la maternidad y paternidad responsables y otros temas según caracterización, con las gestantes ingresadas en hogares maternos.
- Asegurar la selección y funcionamiento de las brigadistas sanitarias voluntarias que requiera el consultorio del médico de la familia, coordinando la capacitación y atención de estas.
- Influir en las familias identificadas como disfuncionales, para la atención adecuada de sus embarazadas y niñas/os, manteniendo informado al médico y a la enfermera de la familia.
- Contribuir a la detección de cualquier nacimiento extrahospitalario o puérperas no controladas por el área de salud.
- Colaborar en la convocatoria de las mujeres a la realización de la prueba citológica para el pesquijaje del cáncer cervicouterino.
- Promover en las mujeres la realización de autoexamen periódico de las mamas para prevenir el cáncer mamario.
- Estimular el funcionamiento de círculos de adolescentes de los consultorios médico de la familia.
- Promover el apoyo social y familiar a las gestantes con alto riesgo, y el apoyo solidario a las embarazadas desde la acción conjunta de las organizaciones de masas.
- Contribuir con la convocatoria a las familias para crear espacios donde se aborden la educación para la salud en relación con el bajo peso al nacer.
- Influir sobre los factores ambientales y sociales que pueden afectar a la población materno infantil, reanimando el movimiento “Mi casa alegre y saludable”.
- Favorecer la aplicación y el perfeccionamiento del programa de maternidad y paternidad responsable.
- Incentivar la autorresponsabilidad de embarazadas, puérperas y sus familiares en el cuidado de la salud.
- Promocionar las campañas de vacunación.
- Promover, de conjunto con otros sectores de la sociedad, la implementación de políticas que estimulen la fecundidad.
- Perfeccionar las acciones educativas dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia, desde un enfoque intersectorial.
- Establecer y realizar actividades por la “Semana de prevención de lesiones no intencionales en el hogar”, con la participación de la atención primaria de salud.
- A través de los grupos coordinadores del programa Educa a tu hijo, círculos infantiles y las casitas infantiles, realizar sesiones de capacitación e intercambio con familias, sobre la prevención de los accidentes en el hogar.

Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP):

- Apoyar a los hogares maternos y a las embarazadas de su entorno, en la alimentación.
- Incorporar embarazadas y niños desnutridos a las empresas subordinadas, en apoyo a su alimentación, en coordinación con las áreas de salud.

- Asegurar un apoyo integral a las acciones relacionadas con la reparación de instituciones y la atención en sus territorios, a los trabajadores de la salud relacionados con el Programa.
- Promover a condición de asociados de honor, a médicos y personal de enfermería que cumplan con los requisitos.
- Con las activistas de salud de las organizaciones de base, apoyar el trabajo de capacitación y seguimiento de embarazadas, puérperas y niños bajo peso.
- Preparar y fomentar la participación del personal médico y especialista en los diferentes espacios de la organización con prioridad en la asamblea general, con el objetivo de desarrollar intercambios, capacitar, preparar e informar a los asociados y sus familiares sobre el Programa.
- Respalidar y contribuir desde la organización de base, en coordinación con el médico de la familia, la vinculación a los comedores de las cooperativas, de embarazadas vulnerables; apoyar, además, aportes en alimentos para niños bajo peso en las zonas o comunidades campesinas.
- Estimular y promover la confección y entrega del módulo de canastilla, por parte de las organizaciones de base y asociados, a las embarazadas vulnerables residentes en las comunidades campesinas en coordinación con los factores de la comunidad.

Central de Trabajadores de Cuba (CTC):

- Elevar la cultura de los empleadores y dirigentes sindicales sobre el Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- Retomar y fomentar el aporte voluntario de los trabajadores pertenecientes a las diferentes ramas de la economía, para sufragar parte de los gastos del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- Instituir un reconocimiento moral a los trabajadores y colectivos que se destaquen en los aportes a este Programa.
- Promover a través de los sindicatos nacionales que los proyectos internacionales de colaboración aporten donaciones dirigidas a las instituciones del Programa.
- Pactar en los convenios colectivos de trabajo y promover de conjunto con el MINSAP, el apoyo a la lactancia materna de las madres trabajadoras con hijos hasta los dos años de edad.
- Fomentar el incremento de las Casitas infantiles y velar por la calidad de la atención a los infantes.
- Promover la entrega de donativos y juguetes a las salas de hospitales pediátricos, oncológicos, ginecobstétricos, hogares maternos y otros.
- Defender un plan especial de atención integral a los médicos, enfermeras de la familia y especialistas dedicados al Programa, en correspondencia con las potencialidades de cada territorio.

VII. Ética médica y consentimiento informado

Los profesionales relacionados con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil deben cumplir los principios ético legales y los aspectos de la ética profesional en la práctica médica de acuerdo a lo establecido en la Ley de Salud de Cuba, que incluye la solicitud del consentimiento informado de ser necesario.

VIII. Actividades que permiten el cumplimiento de los objetivos

Objetivo 1. Perfeccionar el trabajo de la medicina y la estomatología, familiar y comunitaria, relacionado con las actividades del Programa Nacional de Atención Materno Infantil

Los médicos de la familia tendrán las responsabilidades siguientes:

- 1.1. Conocerán los factores biológicos, sociales y ambientales que actúan sobre la mujer, el embarazo, la niñez y la adolescencia.
- 1.2. Influirán sobre los factores ambientales y sociales que pueden afectar a población que atiende, mediante el trabajo del equipo básico de salud (EBS) en la comunidad de conjunto con las organizaciones de masas.
- 1.3. Mantendrán la vinculación con la población dispensarizada, ingresada en salas de hospitales, hogares maternos, o servicios de ginecobstetricia y pediatría.
- 1.4. Ofrecerán la educación para la salud a las mujeres, sus parejas, niños, adolescentes y población general.
- 1.5. Llevarán a cabo las actividades relativas a la vigilancia del control del niño o niña sano, el adolescente y la embarazada, incluyendo los aspectos nutricionales.
- 1.6. Realizarán interconsultas con el pediatra y el ginecobstetra de acuerdo con lo establecido en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.
- 1.7. Se ocuparán del cumplimiento del programa de inmunizaciones de la población materno infantil, incluida la vacuna anti COVID-19.
- 1.8. Atenderán la evolución del embarazo y el puerperio normal.
- 1.9. Atenderán la patología ginecológica establecida para este nivel y harán la referencia de las que necesitan de la atención hospitalaria.
- 1.10. Realizarán el pesquijaje del cáncer cervicouterino y del cáncer de mama.
- 1.11. Conocerán la fecha probable de parto de sus gestantes y mantendrán actualizado su listado de control (gestograma para fecha de parto).
- 1.12. Mantendrán actualizada la base de datos de lactantes y gestantes.
- 1.13. Mantendrán actualizados los pregestogramas, gestogramas y posgestogramas de riesgo.
- 1.14. El director y el subdirector del policlínico, cumplirán con lo establecido en el sistema de trabajo relacionado con el control del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, que incluye:
 - 1.14.1. Entrega de guardia matutina y vespertina.
 - 1.14.2. Control de la cobertura de los consultorios del médico de la familia (CMF) y funcionamiento de los servicios.
 - 1.14.3. Control del cumplimiento de las interconsultas.

- 1.14.4. Control del funcionamiento de las consultas multidisciplinarias de niños y gestantes.
- 1.14.5. Cumplir el programa de visitas a los consultorios del médico de la familia (participan: grupo básico de trabajo, subdirectores, docencia y director del policlínico).
- 1.14.6. Reunión operativa diaria del Programa.
- 1.14.7. Reunión semanal del Programa.
- 1.14.8. Reunión de la estrategia municipal del Programa.
- 1.14.9. Control diario a la permanencia y estabilidad de los equipos básicos de trabajo (EBS).
- 1.14.10. Control diario al cumplimiento del plan de trabajo individual de los jefes de grupo básico de trabajo y profesores (priorizar el riesgo reproductivo preconcepcional, evaluación de lactantes y gestantes de alto riesgo, y control a los consultorios del médico de la familia con más problemas).
- 1.14.11. Control al plan de trabajo de los subdirectores y jefes de grupo básico de trabajo.
- 1.14.12. Control de las visitas sistemáticas a los hospitales.
- 1.14.13. Control de la asistencia de los profesores de los grupos básicos de trabajo a las guardias hospitalarias.
- 1.14.14. Evaluación de las gestantes, lactantes de riesgo relevante y puérperas de zonas rurales; definición de conductas en cada caso.
- 1.14.15. Programación de visitas diarias y nocturnas a los policlínicos y hogares maternos.
- 1.14.16. Tener las evidencias de que todo el colectivo laboral conoce las medidas necesarias para alcanzar los propósitos propuestos.
- 1.14.17. Resultados de supervisiones y control a los consultorios del médico y la enfermera de la familia.
- 1.14.18. Control diario al hogar materno.
- 1.14.19. Organización del plan de vacaciones de médicos, enfermeras, técnicos y profesores de los grupos básicos de trabajo.
- 1.14.20. Asignar tareas específicas a otros especialistas y funcionarios.
- 1.14.21. Departamento de recursos humanos: control de apertura de consultorios del médico de la familia y permanencia de los equipos básicos de salud.
- 1.14.22. Departamento de estadísticas: revisión minuciosa de las hojas de cargo diarias e información de todos los casos.
- 1.14.23. Departamento de salud mental: atención de pacientes con riesgo reproductivo preconcepcional, y embarazadas con riesgo psicológico y patologías psiquiátricas.
- 1.14.24. Trabajador social: atención de casos sociales relacionados con embarazadas, lactantes, niños, adolescentes y puérperas.
- 1.14.25. Administrador del área: control constante y solución a problemas logísticos que comprometan los servicios del policlínico, consultorios del médico de la familia y hogares maternos.
- 1.14.26. Subdirector docente: seguimiento y evaluación del 100 % de los estudiantes y residentes; revisar y controlar el cumplimiento del plan de trabajo de tutores y profesores.

- 1.14.27.** Responsable de medicamentos: verificar la existencia de medicamentos e insumos médicos en el consultorio del médico de la familia y en el hogar materno.

Los estomatólogos tendrán las responsabilidades siguientes:

- 1.15.** Garantizar atención estomatológica integral a embarazadas.
- 1.15.1.** Identificar y dispensar a la embarazada captada por el médico de familia e inscrita en el Registro de captación de embarazadas, puérperas y recién nacidos.
 - 1.15.2.** Realizar la primera consulta estomatológica en los primeros 30 días a partir de la captación por el médico de familia al 100 % de las embarazadas.
 - 1.15.3.** Realizar acciones de promoción de salud de conjunto con el equipo básico de trabajo.
 - 1.15.4.** Participar en la consulta multidisciplinaria para las gestantes de alto riesgo obstétrico.
 - 1.15.5.** Cumplir tratamiento curativo hasta el egreso (en caso de estar afectadas).
 - 1.15.6.** Dar el alta estomatológica de la atención primaria antes de los 45 días hábiles, una vez realizado examen bucal y el mantenimiento de su salud durante el primer año de vida de su hijo.
 - 1.15.7.** Realizar interconsulta o remitir a otras especialidades en caso necesario.
 - 1.15.8.** Considerar inasistente a consulta estomatológica a toda embarazada que pasados 45 días a partir de la captación no haya efectuado el primer contacto con dichos servicios.
 - 1.15.9.** Mantener la continuidad de atención estomatológica a gestantes ingresadas en hogares maternos y hospitales.
 - 1.15.10.** A partir del parto, realizar examen estomatológico a la madre cada 6 meses hasta que el niño cumpla 1 año de edad.
- 1.16.** Perfeccionar el proceso de organización de la atención estomatológica a la población infantil y adolescente.
- 1.16.1.** Brindar atención estomatológica priorizada a la población infantil y adolescente a través del estomatólogo responsabilizado con la familia por el área de salud donde reside, o mediante la atención en las instituciones escolares de todos los niveles de enseñanza.
 - 1.16.2.** Identificar el universo de población infantil y adolescente pertenecientes al área de salud, para junto con el equipo de salud, organizar su atención.
 - 1.16.3.** Cumplir que todo niño debe ser examinado por el estomatólogo desde su nacimiento (antes de los 3 meses) y recibir seguimiento anual hasta los 18 años.
 - 1.16.4.** Clasificar desde el punto de vista epidemiológico el universo total de la población menor de 19 años de todas las instituciones escolares y del área de salud para determinar acciones a ejecutar en cada uno.
 - 1.16.5.** Organizar los servicios estomatológicos para garantizar la atención integral a maestros y trabajadores de educación hasta su alta.

- 1.16.6. Brindar la rehabilitación protésica de niños y adolescentes, siempre que lo requieran, y de los trabajadores de educación, de manera priorizada, de acuerdo con las características de cada área de salud.
 - 1.16.7. Brindar atención estomatológica integral a los niños en situación de discapacidad y con enfermedades crónicas de la infancia.
 - 1.16.8. Remitir al servicio hospitalario que corresponda por la regionalización asistida definida por el territorio, a los pacientes en condiciones especiales de discapacidad intelectual que requieran tratamiento no convencional (realizado bajo anestesia general).
 - 1.16.9. Brindar a los niños con paladar hendido, o labio fisurado, seguimiento especializado realizando el acto quirúrgico oportuno.
 - 1.16.10. Lograr la vinculación de los servicios estomatológicos con los hospitales para coordinar la atención priorizada y sistemática a los pacientes ingresados por largos períodos de tiempo.
- 1.17. Lograr sostenibilidad en las acciones de educación para la salud y preventivas por los equipos de salud bucal en todas las instituciones estomatológicas.

Acciones para la promoción de salud:

- 1.17.1. Brindar educación para la salud, por los estomatólogos y técnicos en atención estomatológica, a los estudiantes y profesores durante las visitas a los centros escolares y la comunidad.
- 1.17.2. Desarrollar las consejerías de salud bucal para la ejecución de promoción de salud dentro y fuera de las instituciones.
- 1.17.3. Fomentar la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud, promoviendo hábitos de higiene bucal y la atención estomatológica periódica.
- 1.17.4. Utilizar las técnicas afectivas participativas, la creatividad y otros medios de educación, comunicación e información, en el proceso de promoción de salud, sustentado en la participación comunitaria, la intersectorialidad y el análisis de la situación de salud.
- 1.17.5. Trabajar junto con el grupo básico de trabajo, en el combate contra las adicciones, el fomento de la lactancia materna, la alimentación saludable, la prevención y el control de hábitos deformantes, y la estimulación de la higiene bucal.
- 1.17.6. Promover el autoexamen bucal a partir de los 15 años de edad.
- 1.17.7. Divulgar a la población a través de la radio, la televisión, la prensa impresa y digital, las radio bases y otros medios de difusión, los aspectos preventivos curativos, y de la rehabilitación de salud de la mujer, la niñez y la adolescencia.
- 1.17.8. Coordinar, planificar y diseñar las actividades educativas con las distintas organizaciones: FMC, CDR, ANAP; CTC, MINED, Organización de Pioneros José Martí (OPJM) y casas de cultura, para potenciar el trabajo conjunto de la promoción para la salud.

- 1.17.9. Incrementar los círculos de interés en escuelas primarias y secundarias sobre: brote dentario, higiene bucal, hábitos bucales deformantes, lactancia materna y otros.
- 1.17.10. Educar y potenciar factores protectores y de autocuidado a personas en situación de discapacidad física, enfermedades crónicas o malignas.
- 1.17.11. Promover y planificar el perfeccionamiento en educación para la salud, al personal médico y otros técnicos de la salud.

Acciones para la prevención:

- 1.17.12. Accionar sobre los factores de riesgo identificados, por los estomatólogos, licenciados y técnicos en atención estomatológica, involucrando a maestros y padres.
- 1.17.13. Aplicar laca-flúor, según las orientaciones metodológicas del programa y en las fechas acordadas en el convenio.
- 1.17.14. Aplicar enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0,2 %, según las orientaciones metodológicas del programa y en las fechas acordadas en el convenio.
- 1.17.15. Aplicar sellantes de fosas y fisuras en bicúspides y molares permanentes a escolares de precolar a sexto grado, en escuelas primarias, y de séptimo a noveno grado en escuelas secundarias básicas, cuando se disponga del recurso.
- 1.17.16. Realizar control de placa dentobacteriana al 100 % de embarazadas y población menor de 19 años.
- 1.17.17. Desarrollar actividades de prevención de hábitos deformantes, higiénicos y nutricionales incorrectos en la población, tanto en los servicios estomatológicos como en las propias instituciones infantiles, involucrando a maestros y padres.
- 1.17.18. Ejecutar con la calidad requerida el examen del aparato masticatorio, para la detección temprana de las lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas, a embarazadas, menores de 19 años y maestros que acuda a recibir atención estomatológica.

Objetivo 2. Lograr la sostenibilidad en las acciones de educación para la salud en todos los equipos de atención primaria de salud, hospitales e institutos y la comunidad

- 2.1. Lograr la sostenibilidad en las acciones de educación para la salud con el asesoramiento, control y colaboración de los especialistas de los departamentos de promoción y educación para la salud.
- 2.2. Ofrecer actividades educativas en sus diferentes modalidades (charlas educativas, demostraciones, dinámicas familiares, audiencias sanitarias, activos de salud y otras) en comunidades, centros de estudio o trabajo, penitenciarios y otros.
- 2.3. Divulgar a la población, a través de la radio, la televisión y prensa escrita y digital, radiobases, los aspectos preventivos-curativos, y de rehabilitación de salud de la mujer, la niñez y la adolescencia.
- 2.4. Ofrecer actividades educativas en salas de espera de los consultorios del médico de la familia, policlínicos, hospitales, hogares maternos y en salas de hospitalización.

- 2.5. Coordinar, planificar y diseñar las actividades educativas con: FMC, CDR, ANAP; CTC, MINED, Organización de Pioneros José Martí (OPJM) y casas de cultura, para potenciar el trabajo conjunto de la promoción para la salud.
- 2.6. Incrementar los círculos de interés en escuelas primarias y secundarias sobrenutrición, prevención de lesiones no intencionales, primeros auxilios, estomatología y otros.
- 2.7. Mantener, a través de los medios de difusión masiva, información y educación para la prevención del embarazo en la adolescencia, fomento de la lactancia materna, inmunizaciones, cuidados del recién nacido, prevención de lesiones no intencionales, nutrición, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, síndromes neurológicos infecciosos, educación sexual y otros.
- 2.8. Educar y potenciar factores protectores y de autocuidado a personas en situación de discapacidad física, enfermedades crónicas o malignas, así como facilitar herramientas a sus cuidadores y familiares para el manejo sus enfermedades y medidas de control.
- 2.9. Contribuir a la formación de promotores de salud.
- 2.10. Promover y planificar el perfeccionamiento en educación para la salud, al personal médico y otros técnicos de la salud.

Temáticas para el desarrollo de las actividades educativas:

- Riesgos del embarazo en la adolescencia.
- Alimentación del niño menor de un año, preescolar y escolar.
- Alimentación de la embarazada y de la madre que lacta.
- Prevención de lesiones no intencionales.
- Educación integral de la sexualidad.
- Importancia de una nutrición adecuada.
- Riesgos de la obesidad.
- Importancia de la práctica sistemática de los ejercicios físicos.
- Higiene del hogar y sus alrededores.
- Enfermedades diarreicas agudas.
- Enfermedades respiratorias agudas.
- Parasitismo intestinal.
- Conducta frente al niño o niña enfermo.
- Prevención del tabaquismo y otras adicciones.
- Desarrollo emocional adecuado.
- Peligros de la automedicación.
- Importancia de la asistencia precoz, periódica, continua y completa de la consulta de atención prenatal e higiene del embarazo.
- Vacunación de la embarazada y del recién nacido.
- Preparación psicofísica para el embarazo y el parto.
- Importancia de la lactancia materna en la primera hora de vida, exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años.
- Cuidados del recién nacido e importancia de control del niño sano.
- Cuidados del recién nacido con bajo peso al nacer.
- Ventajas de la anticoncepción transitoria y la doble protección.
- Riesgos y complicaciones de la terminación del embarazo.

- Prevención de las infecciones de transmisión sexual. VIH/sida.
- Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico; prueba citológica, pruebas de cribado HPV de alto y bajo riesgo. Autoexamen de la mama.
- Higiene personal de la niña, la adolescente y la mujer. Infecciones vaginales.
- Síntomas y signos de alarma ginecológica.
- Riesgos de la automedicación para la embarazada y su hijo.
- Importancia de la atención estomatológica completa durante el embarazo.
- Importancia de identificar factores de riesgo en la embarazada.
- Ley de protección a la maternidad de la mujer trabajadora.
- Código de las familias.
- Orientar en materia de nutrición a embarazadas que hayan tenido con anterioridad niños de bajo peso y pretérminos.
- Importancia de consultas de puericultura.
- Ventajas de la planificación familiar.
- Maternidad y paternidad responsable.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Cómo prevenir las infecciones intrahospitalarias o asociadas a los cuidados sanitarios.
- Lavado correcto de manos.
- Prevención de la infertilidad.
- Autorresponsabilidad de embarazadas, puérperas y sus familiares en el cuidado de la salud

2.11. Ofrecer educación nutricional a la población, incluyendo escolares, sobre los aspectos siguientes:

- Grupos básicos de alimentos y nutrientes principales de los diferentes alimentos.
- Importancia de la prevención de la malnutrición, sobre todo en los niños (desnutrición, sobrepeso y obesidad).
- Elementos que componen una dieta balanceada.

2.12. En relación con la sepsis:

- Orientar al personal de la salud sobre la importancia de la sepsis en la morbilidad y mortalidad infantil.
- Brindar información al personal que trabaja en hospitales, y a las madres y padres acompañantes, acerca de la manera de prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Divulgación dentro del hospital de los servicios y lugares que han presentado infecciones cruzadas y con riesgo.

2.13. En relación con las anomalías congénitas:

- Incrementar la información sobre medicamentos teratogénicos para tomar las medidas que permitan su proscripción durante el embarazo.
- Promover, en mujeres en edad fértil y sus parejas, el consumo de ácido fólico o de alimentos que contengan folatos.

2.14. En relación con las lesiones no intencionales:

- Divulgar la importancia de las lesiones no intencionales como causa de morbilidad y mortalidad en edades pediátricas y del adolescente.

- Divulgar a todos los niveles los principales tipos de lesiones no intencionales y la manera de prevenirlos.
 - Crear círculos de interés en escuelas primarias, secundarias, preuniversitarios, escuelas formadoras de maestros y tecnológicos, sobre la prevención de las lesiones no intencionales.
 - Realizar actividades educativas, insistiendo en la coordinación con otros organismos (MINED, MININT, FEEM, UJC, OPJM) para confeccionar programas encaminados a lograr la prevención de las lesiones no intencionales domésticas, del tránsito y otros.
- 2.15. En relación con la vacunación:
- Dar a conocer, en todas las actividades educativas, sobre este particular, la disminución de un grupo de enfermedades con la aplicación de las vacunas, especialmente la vacuna contra la COVID-19.
 - Promocionar campañas de vacunación.
 - Potenciar la educación para la salud en vacunatorios.
- 2.16. En relación con la mortalidad perinatal: brindar orientación sobre la prevención de la prematuridad, el bajo peso al nacer y otras condiciones de salud que propicien la mortalidad perinatal; informar sobre las causas que la determinan:
- Alto riesgo perinatal.
 - Prematuridad.
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
 - Asfixia.
 - Factores predisponentes en la toxemia.
 - Causas que producen incompatibilidad sanguínea materno fetal.

Objetivo 3. Elevar la educación de la población, relacionada con temas de salud sexual y reproductiva, y sus derechos, para contribuir a fomentar una actitud responsable, con prioridad en el grupo de los adolescentes

- 3.1. Promover la enseñanza de la educación sexual del personal médico y técnico medio de la salud.
- 3.2. Los ministerios de Educación y de Educación Superior, tendrán las responsabilidades siguientes:
 - 3.2.1. Participarán activamente en las acciones encaminadas a incrementar la promoción de la educación sexual.
 - 3.2.2. Ofrecerán la preparación del personal docente, en ejercicio y en formación, en educación integral de la sexualidad (EIS) desde un enfoque de género y de derechos como elementos transversalizadores de todas las materias docentes.
- 3.3. El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), tendrá las responsabilidades siguientes:
 - 3.3.1. Fortalecer el movimiento de adolescentes promotores en sexualidad, planificación familiar y anticoncepción, incrementando su formación, para cubrir el 100 % de las escuelas internas o externas de numerosa matrícula, con la ejecución de una capacitación emergente por parte del CENESEX.

- 3.3.2. Capacitar a los trabajadores sociales sobre la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, ventajas de la anticoncepción y riesgos del aborto.
- 3.3.3. Organizar seminarios y cursos sobre educación sexual.
- 3.3.4. Apoyar y controlar la distribución del material didáctico sobre educación sexual.
- 3.3.5. Apoyar la docencia médica media en el desarrollo de su plan de educación sexual
- 3.3.6. Controlar el funcionamiento de las comisiones provinciales de salud pública en el tema de la educación sexual.
- 3.3.7. Realizar visitas de control y apoyo por el nivel central a las comisiones provinciales de educación sexual, y del nivel provincial a las comisiones municipales.
- 3.3.8. Apoyar a través de las comisiones provinciales y municipales a otros organismos y organizaciones de masas, para el desarrollo del programa de educación sexual.
- 3.3.9. Promover el incremento de actividades educativas directas por médicos y personal técnico de la salud sobre educación sexual y regulación de la fecundidad.

Objetivo 4. Perfeccionar la planificación familiar

El personal que realiza la consulta de planificación familiar, tendrá la responsabilidad de:

- 4.1. Obtener la información basada en evidencias y los servicios idóneos sobre planificación familiar.
- 4.2. Acompañar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos independientemente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.
- 4.3. Organizar la planificación familiar, que tendrá cobertura universal desde la atención primaria de salud y se registrará por los principios de equidad y no discriminación.
- 4.4. Proporcionar orientación e información científica basada en evidencia sobre métodos anticonceptivos, con énfasis en anticoncepción de larga duración y alta eficacia.
- 4.5. Respetar la libre elección de las parejas o la mujer, con respeto a la privacidad y brindando confidencialidad.
- 4.6. Brindar esta consulta por profesionales técnicamente competentes y habilitados.
- 4.7. Ofrecer prioridad y calidad en la atención a los y las adolescentes; promoviendo el alcance de los estándares de calidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su atención.
- 4.8. Ofrecer facilidades para el acceso de las personas en situación de discapacidad en condiciones de igualdad.
- 4.9. Brindar promoción de la salud sexual y reproductiva, con atención diferenciada para adolescentes.
- 4.10. Identificar el riesgo reproductivo preconcepcional e implementar acciones para su identificación.

- 4.11. Ofrecer un paquete de servicios para la identificación de otros problemas de salud sexual y reproductiva; atención a las personas con dificultades para la fertilidad, a las manifestaciones de violencia y el cáncer del aparato reproductor entre otros.
- 4.12. En el consultorio del médico y la enfermera de la familia: Desarrollar actividades de planificación familiar por parte del EBS con asesoramiento del profesor del GBT, el especialista de ginecología y obstetricia, y el psicólogo.
- 4.13. Los municipios de salud: Establecer al menos una consulta municipal de planificación familiar, localizada en el policlínico que tenga las condiciones necesarias para desarrollar sus acciones. En esta laborará un especialista de ginecología y obstetricia del GBT, un psicólogo y personal de enfermería. Los profesionales contarán con fondo de tiempo para desarrollar la actividad.
- 4.14. En el nivel hospitalario: Desarrollar las actividades de planificación familiar siguientes:
 - 4.14.1. Servicios de terminación voluntaria del embarazo.
 - 4.14.2. Servicios de puerperio.
 - 4.14.3. En hospitales clínico-quirúrgicos e institutos nacionales, se realizarán acciones de planificación familiar dirigidas a identificar a las mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles, y sus parejas, que constituyan riesgos para la reproducción, a quienes se le ofrecerá orientación e información sobre métodos anticonceptivos.
 - 4.14.4. En las consultas de ginecología infanto-juvenil, en los hospitales pediátricos, se identificarán problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, y se brindará orientación e información sobre métodos anticonceptivos.

Objetivo 5. Optimizar la atención al riesgo reproductivo preconcepcional

- 5.1. Realizar la búsqueda activa, en la población en edad reproductiva, de casos con riesgo reproductivo preconcepcional, partiendo del reconocimiento de las causas de morbimortalidad y aplicar pregestograma de riesgo.
- 5.2. Brindar asesoramiento a las parejas en cuanto a la prevención de embarazos de riesgo, disminuir los embarazos no deseados, así como prevenir y tratar la infertilidad tanto masculina como femenina.
- 5.3. Lograr la identificación de casos, teniendo como referencia la totalidad de mujeres en edad reproductiva del área en cuestión, con énfasis particular en aquellas mujeres dispensarizadas por riesgos y enfermedades; conociendo, además, las que de forma explícita o identificadas por los factores de la comunidad no desean embarazos y no utilizan por cualquier causa métodos anticonceptivos de alta eficacia o desean dejar de utilizarlos.
- 5.4. Los médicos especialistas en Medicina Interna, u otra especialidad, que presten atención a la mujer en edad fértil, deben incidir y tomar en cuenta el manejo de los fármacos a partir de la clasificación FDA de fármacos según teratogenicidad: A, B, C, D, X, evitando los clasificados como D (utilizables en casos extremos de riesgo beneficio) y los X (contraindicados sin duda alguna).
- 5.5. Mantener el control del riesgo reproductivo preconcepcional, dirigido a:
 - Modificar la condición de riesgo.

- Introducir la estrategia de organizar la condición de riesgo en el pregestograma de riesgo (véase objetivo 10), para la población en edad fértil, determinando las pacientes sanas, las que tienen riesgo biológico y social, y las que tienen enfermedades preexistentes.
- Utilizar la anticoncepción apropiada para conseguir el espaciamiento del embarazo hasta lograr la modificación del riesgo.
- Lograr embarazos deseados saludables o con el menor riesgo posible.
- Mejorar la calidad de vida de madres e hijos.

5.6. Considerar como controlado un caso de riesgo preconcepcional, cuando aparece de manera explícita en la historia clínica:

- Negociación con la pareja previo consentimiento informado.
- Acciones dirigidas a modificar el riesgo.
- Uso de métodos anticonceptivos adecuados a la condición de riesgo y de libre elección de la pareja.

No se consideran en el control del riesgo preconcepcional:

- Mujeres con anticoncepción permanente.
- Mujeres que no deseen embarazos y utilizan métodos anticonceptivos de alta eficacia.
- Desaparición de la condición de riesgo.

5.7. Ofrecer consejo contraceptivo y descartar contraindicación.

Objetivo 6. Promover un adecuado estado nutricional en la mujer en edad fértil y de modo especial en las gestantes

Los médicos de atención primaria deben cumplir con las funciones siguientes:

- 6.1. Detectar, desde la etapa preconcepcional, a las pacientes en edad fértil con malnutrición, por defecto o por exceso, para proceder al asesoramiento nutricional que permita controlar el estado nutricional antes de la concepción.
- 6.2. Atender en especial a las gestantes que han tenido, previamente, recién nacidos con bajo peso.
- 6.3. Controlar, durante la atención prenatal, la curva de peso durante la gestación, tomando en consideración Los datos sobre la ganancia ponderal que se encuentran en las tablas antropométricas cubanas.
- 6.4. Considerar con riesgo nutricional a toda gestante que en el momento de la captación fue diagnosticada con peso deficiente, sobrepeso u obesidad.
- 6.5. Pesquisar, durante la atención prenatal, la malnutrición fetal y ofrecer atención priorizada a los casos detectados.
- 6.6. Facilitar el ingreso en hogares maternos, o remitir para ingreso en hospitales, a aquellas embarazadas con malnutrición fetal o gran deficiencia ponderal.
- 6.7. Los directores municipales y provinciales deberán:
 - 6.7.1. Incorporar a los dietistas o nutricionistas de hogares maternos y hospitales ginecobstétricos, a tareas educativas sobre nutrición y dietoterapia.

- 6.7.2. Perfeccionar el trabajo de los grupos de apoyo nutricional (GAN) y extenderlos a las direcciones municipales de salud, hospitales pediátricos, maternos o servicios de ginecobstetricia.
- 6.8. Impartir conocimientos sobre nutrición de la embarazada, por los integrantes del grupo de apoyo nutricional, al personal de salud, técnico y médico. Además, deben:
- 6.8.1. Incentivar en los especialistas en Medicina General Integral y los ginecobstetras, el estudio de la nutrición y sus efectos sobre el feto y el recién nacido.
- 6.8.2. Realizar investigaciones científicas sobre bajo peso al nacer, estado nutricional materno y su repercusión en el feto.
- 6.9. Los médicos de la atención primaria de salud (APS) y hospitales, deben realizar las actividades siguientes:
- 6.9.1. Valorar el estado nutricional de toda gestante a su ingreso en el hogar materno o el hospital, y registrarlo en la hoja de egreso.
- 6.9.2. Realizar, en todas las consultas médicas, la evaluación nutricional de la gestante.
- 6.9.3. Utilizar las tablas antropométricas de la embarazada cubana, para realizar la evaluación nutricional.
- 6.9.4. Ofrecer la suplementación prenatal (multivitaminas, sales de hierro) durante el embarazo y en la etapa de lactancia, para la prevención y control de la anemia.
- 6.9.5. Valorar la dieta y su componente nutricional en todas las pacientes hospitalizadas.
- 6.9.6. Valorar el estado nutricional de toda mujer en edad fértil que asista a consultas de ginecología; considerarlas de riesgo preconcepcional si tienen malnutrición o anemia.
- 6.9.7. Ofrecer el suplemento nutricional MUFER (185 mg de fumarato ferroso y 0,4 mg de ácido fólico) a las mujeres no embarazadas en edad fértil, de 15 a 49 años, con alguna condición de riesgo de anemia.
- 6.10. Los médicos de la atención primaria de salud deben vigilar una nutrición adecuada de las gestantes de su área, logrando que estas reciban lo que les corresponde por su dieta, y cuando estén ingresadas en el hogar materno, reciban una alimentación equilibrada y completa; para este empeño se deberá involucrar a las autoridades de los territorios.

Objetivo 7. Mejorar la calidad de la atención a la terminación voluntaria del embarazo

En Cuba, desde noviembre de 1979 se concedió la connotación de delito a cuatro figuras relacionadas con la terminación voluntaria del embarazo, que hoy continúan vigentes; estas son:

- Cometido o realizado por lucro.
- Realizado fuera de instituciones de salud autorizadas.
- Realizado por personal no médico.
- Realizado sin el consentimiento de la mujer.

Indicaciones para la terminación voluntaria del embarazo:

- 7.1. Cumplir lo establecido en la Resolución “NORMAS DE SALUD PARA LA TERMINACIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO” del Ministerio de Salud Pública.
- 7.2. Conciliar la correspondencia entre las indicaciones del MINSAP y las directrices sobre la atención para la terminación voluntaria del embarazo, publicadas por la OMS.
- 7.3. Son requisitos imprescindibles para todas las variantes de terminación voluntaria del embarazo los siguientes:
 - Existir un diagnóstico de certeza de embarazo.
 - Deseo expreso por escrito y evidencia documental del consentimiento informado de la grávida con capacidad plena o su representante con responsabilidad parental, cuando proceda.
 - Será realizada por médicos especialistas habilitados en el territorio nacional.
 - Será realizada en instituciones asistenciales expresamente certificadas para efectuar dicho proceder.
- 7.4. Facilitar los trámites para solicitud de una terminación de embarazo; este proceder debe tener la máxima discreción.
- 7.5. Facilitar que la posibilidad de la terminación voluntaria del embarazo esté accesible a demanda de la mujer u otra persona embarazada (las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias, de género fluido e intersexuales con un sistema reproductor femenino y capaces de quedar embarazadas) que pueda requerir atención para la terminación voluntaria del embarazo.
- 7.6. Permitir la terminación voluntaria del embarazo de una persona menor de 18 años de edad, previo documento de consentimiento de la embarazada y asentimiento de la persona que tenga la responsabilidad parental. En caso de contradicción debe remitirse a la defensoría.
- 7.7. Velar porque no existan plazos de espera obligatorios para la terminación voluntaria del embarazo.
- 7.8. Realizar chequeo preanestésico, que incluye la ecografía, previo a la terminación voluntaria, institucional y legal del embarazo.
- 7.9. Realizar la terminación voluntaria del embarazo, hasta las 6 semanas de edad gestacional en servicios de regulación menstrual.
- 7.10. Realizar la terminación voluntaria del embarazo, a partir de las 6 semanas y hasta las 12 semanas, sin restricción en cuanto a la razón y la zona de residencia de la grávida, aplicando el método de interrupción que corresponda.
- 7.11. Mantener la práctica de que hasta las 12 semanas de edad gestacional sea permitida la terminación del embarazo, por decisión voluntaria de la persona que lo solicita, sin restricciones en cuanto a la razón, con la indicación de que, si no existiera un acuerdo de la pareja, la decisión final es de la persona embarazada.
- 7.12. Realizar la terminación voluntaria del embarazo, entre 13 y 24 semanas de gestación por causa genética, por razones terapéuticas de la madre o el feto, para salvar la vida de la mujer, y por imposibilidad o muy escasas posibilidades del feto de sobrevivir en la vida extrauterina, porque tiene una patología extremadamente grave e incurable.

Para este grupo se seleccionará la institución médica certificada, donde se realizará este proceder y, consecuentemente, se creará una Comisión Técnica constituida por el personal más calificado de la provincia, que asuma la discusión y revisión técnica del proceder a realizar para garantizar un aborto seguro.

- 7.13. Realizar la terminación voluntaria del embarazo, a partir de las 24 semanas, de forma excepcional por razones terapéuticas de la madre o el feto y de causa genética, sin límites de edad gestacional para salvar la vida de la mujer y por imposibilidad o muy escasas posibilidades del feto de sobrevivir en la vida extrauterina, porque tiene una patología extremadamente grave e incurable.
- 7.14. Realizar la terminación voluntaria del embarazo, en todas las edades gestacionales si ha existido una violación.
- 7.15. Posibilitar el acceso a la terminación voluntaria, cuando se trata de un embarazo que puede causar a la mujer, u otra persona embarazada, un dolor o sufrimiento sustancial, incluidas situaciones, entre otras, en que sea resultado de una violación o incesto, cumpliendo requisitos de procedimiento para demostrar los supuestos, como la exigencia de una orden judicial o un informe policial en el caso de violación o agresión sexual.
- 7.16. Realizar la terminación voluntaria e institucional del embarazo, sin límite de edad gestacional, por malformaciones fetales incompatibles con la vida, en las instituciones certificadas, previa consejería por el máster de asesoramiento genético.
- 7.17. Permitir la terminación voluntaria e institucional del embarazo sin límite de edad gestacional, cuando sea realizada para salvar la vida de la mujer, en instituciones certificadas por la comisión nacional, previo análisis y aprobación de la comisión provincial creada al efecto. Si se tratara de una emergencia médica de la gestante, la terminación legal se realizará en el momento necesario, por los profesionales de mayor calificación de la provincia.
- 7.18. Proceder a la terminación voluntaria e institucional del embarazo, sin límite de edad gestacional, por imposibilidad o muy escasas posibilidades del feto de sobrevivir en la vida extrauterina, porque tiene una patología extremadamente grave e incurable, estudiada, analizada y documentada por la comisión provincial creada al efecto.
- 7.19. Crear y certificar las comisiones provinciales antes relacionadas para analizar las propuestas de terminación voluntaria e institucional del embarazo, sin límite de edad gestacional, que serán las únicas facultadas para aprobarlo.
- 7.20. Realizar el trabajo de preparación técnica y certificación de comisiones territoriales. Una vez certificadas lo podrán replicar inicialmente en sus territorios: occidental, central y oriental, y luego en cada una de las provincias hasta que toda la red nacional esté certificada.
- 7.21. Determinar el factor Rh de la mujer que solicita la terminación del embarazo para hacer profilaxis de la isoimmunización utilizando globulina anti D.
- 7.22. Aplicar el tratamiento de administración de anti D a partir de las 12 semanas de edad gestacional a los casos que requieren profilaxis de la isoimmunización.
- 7.23. Realizar una profilaxis adecuada pre- o perioperatoria con antibióticos para la terminación quirúrgica del embarazo, por el riesgo de infección pélvica inflamatoria de la persona embarazada.

- 7.24. Programar no más de cuatro interrupciones por hora y velar que sean realizadas por personal médico con experiencia en el proceder.
- 7.25. Habilitar los turnos de terminación de embarazos que sean necesarios.
- 7.26. Perfeccionar la sección o servicio de terminación voluntaria del embarazo en las unidades asistenciales ginecobstétricas.
- 7.27. Perfeccionar las condiciones estructurales de los salones de terminación de embarazo y de las salas de recuperación, con énfasis en las condiciones de asepsia.
- 7.28. Certificar que los salones de interrupciones cuenten con el instrumental idóneo para el procedimiento.
- 7.29. Aplicar las técnicas más modernas de terminación del embarazo con el objetivo de disminuir su morbilidad, mortalidad y evitar las secuelas.
- 7.30. Extender la utilización de procedimientos que reduzcan daños debidos a la dilatación del cuello y de aquellas gestantes que no requieran de la dilatación de este.
- 7.31. No han existido hasta la fecha objetores de conciencia en nuestro país, pero de presentarse algún caso, la persona que se niega a realizar el proceder, está en la responsabilidad de procurar y garantizar la asistencia médica del proceder por otro profesional de alta calificación, que esté en disposición de realizar la intervención.
- 7.32. Establecer una estadía mínima en el servicio, de 4 h posteriores a la evacuación del útero, para lograr la completa recuperación de la mujer.
- 7.33. Exigir que el alta posintervención sea firmada por un médico después de comprobar la correcta recuperación de la paciente.
- 7.34. Atender e ingresar, si es necesario, a toda paciente que acuda al cuerpo de guardia del hospital por complicaciones de la terminación voluntaria del embarazo independientemente del servicio donde fue realizado el proceder.
- 7.35. Ofrecer un método anticonceptivo postterminación voluntaria del embarazo.
- 7.36. Mejorar la atención de las pacientes que han tenido abortos espontáneos a repetición y a las abortadoras habituales; desarrollar métodos de estudio y tratamiento efectivo.
- 7.37. Aprovechar el momento de la realización de una terminación de embarazo para educar a la usuaria sobre las ventajas de los métodos anticonceptivos y ofertarle la posibilidad de utilizarlos.
- 7.38. Orientar hacia la consulta de planificación familiar.
- 7.39. Realizar investigaciones que permitan conocer las complicaciones inmediatas y tardías, así como las secuelas de los distintos proceder utilizados para la terminación del embarazo.

Objetivo 8. Mejorar los indicadores de fecundidad de la población cubana en las edades óptimas, con disminución del embarazo en la adolescencia

- 8.1. Implementar políticas que estimulen la fecundidad de conjunto con otros sectores de la sociedad.
- 8.2. Ofrecer el derecho a la atención médica de calidad a la persona infértil.
- 8.3. Lograr mayor articulación con otros sectores, para disminuir la fecundidad adolescente no intencional.

- 8.4. Lograr mayor efectividad en las acciones de educación integral sobre sexualidad, para contribuir a fomentar una actitud responsable en la población, con prioridad en el grupo de las y los adolescentes.
- 8.5. Prevenir y atender comportamientos sexuales y reproductivos que se fundamentan o generan violencia basada en género y limitan la autonomía de las personas.
- 8.6. Fortalecer y diseñar nuevas acciones en empleo, seguridad social y familiar, que estimulen el crecimiento de la fecundidad.
- 8.7. Incentivar que las propagandas relacionadas con la maternidad o paternidad tengan la imagen de más de un hijo.

Acciones para disminuir el embarazo en la adolescencia:

- 8.8. Aumentar la visibilidad del embarazo en la adolescencia, sus factores determinantes y consecuencias, así como la de los grupos más afectados, mediante datos desglosados, informes cualitativos e historias reales.
- 8.9. Diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, con un enfoque que se adapte a sus realidades y aborden desafíos específicos.
- 8.10. Involucrar a la población adolescente para que participe y forme parte activa del diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones estratégicas.
- 8.11. Lograr el incremento, por los adolescentes, de los métodos anticonceptivos más eficaces, como los de larga durabilidad.
- 8.12. Fortalecer la colaboración intersectorial para abordar de modo eficaz los factores determinantes del embarazo en adolescentes:
 - 8.12.1. Capacitar a las brigadistas sanitarias para que ejecuten acciones de orientación a los/las adolescentes de su comunidad que no estudian y les brinden consejería y orientación efectiva a través de materiales educativos y encuentros cara a cara.
 - 8.12.2. Brindar orientación sobre planificación familiar y anticoncepción por parte de la FMC, con mayor utilización de las Casas de orientación a la mujer, de todos los municipios, con la cooperación de psicólogos, trabajadores sociales y jubiladas de los sectores de salud y educación.
 - 8.12.3. Proveer por el sector salud (Prosalud) materiales educativos sobre el tema a estas instituciones.
 - 8.12.4. Ampliar el perfil de trabajo de las enfermeras en las escuelas internas y externas con matrícula numerosa, para brindar orientación sobre planificación familiar y anticoncepción, en actividades con adolescentes, maestros y padres, utilizando materiales educativos actualizados y de lectura agradable.
 - 8.12.5. Incorporar los contenidos de educación integral en sexualidad, orientados metodológicamente por el MINED.
 - 8.12.6. Incorporar tareas, indicadas por el MINED, en instituciones secundarias y preuniversitarias, como:
 - Realizar debates estudiantiles sobre el tema, posterior al uso del buzón sobre sexualidad, presentación de obras de teatro o la proyección de filmes y otros audiovisuales.

- Incorporar el tema a debates, en reuniones de padres y maestros.
 - Ampliar acceso, en estos centros educacionales, de anticoncepción de emergencia y condones.
- 8.12.7. Fortalecer el movimiento de adolescentes promotores en sexualidad, planificación familiar y anticoncepción, incrementado su formación, para cubrir el 100 % de las escuelas internas o externas de numerosa matrícula con la ejecución de una capacitación emergente por parte del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
 - 8.12.8. Capacitar, por el CENESEX, a los trabajadores sociales, sobre la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, ventajas de la anticoncepción y riesgos del aborto.
 - 8.12.9. Incorporar la divulgación por el Instituto Cubano de Radio y Televisión (ICRT) de mensajes sobre el embarazo en la adolescencia, elaborados por el Instituto Superior de Diseño (ISDI) y la Facultad de Artes Visuales.
 - 8.12.10. Coordinar con el Instituto Cubano de Arte e Industria Cinematográficos (ICAIC) y las empresas provinciales de cine, la proyección, entre tandas de las películas, mensajes cortos educativos referentes al tema.
 - 8.12.11. Incrementar en los periódicos, las emisoras de radio locales, las revistas *Pionero*, *Muchachas y Mujeres*, los mensajes referentes al tema.
 - 8.12.12. Sensibilizar, por el Ministerio de Cultura, a los artistas plásticos y músicos jóvenes para divulgar en sus obras el tema y ofrecer conciertos dedicados a la prevención de embarazo en la adolescencia.
 - 8.12.13. Brindar servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) amigables con los adolescentes, que permitan la eliminación de las barreras de acceso oportuno a la anticoncepción, incluida la de emergencia
 - 8.12.14. Ampliar los programas de intervención comunitaria a niñas, niños y adolescentes, para prepararlos mejor en la toma de decisiones relacionadas con SSR.
 - 8.12.15. Elaborar estrategias más eficaces para que las adolescentes que han abandonado el estudio por la maternidad se reincorporen a este.
 - 8.12.16. Eliminar limitaciones para el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo: los menores de 18 años deben ir acompañados del padre, madre o tutor).
 - 8.12.17. Capacitar el 100 % de los jóvenes que conforman los clubs de adolescentes sobre el conocimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva a través de los consultorios del médico y la enfermera de la familia.
 - 8.12.18. Diseñar una aplicación móvil que les permita a los jóvenes y sus familiares interactuar con expertos para esclarecer sus dudas y recibir orientación sobre sexualidad y reproducción.
 - 8.12.19. Diseñar y crear memes, para publicar en las redes sociales, con mensajes educativos para los jóvenes sobre la educación sexual y reproductiva.

- 8.12.20. Realizar mensajes educativos y cuñas radiales a transmitir en los espacios de mayor teleaudiencia del Instituto Cubano de Radio y Televisión (ICRT), de orientación a los adolescentes y a sus familiares sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia.
- 8.12.21. Brindar consejería semanal por la radio territorial, con participación del público en vivo.
- 8.12.22. Diseñar y divulgar mensajes educativos gráficos, para redes sociales, pantallas digitales públicas y espacios promocionales.
- 8.12.23. Gestionar la presencia de expertos sobre salud sexual y reproductiva en secciones televisivas, radiales y prensa escrita.
- 8.12.24. Realizar “Jornada de maternidad y paternidad: Iguales en derechos y responsabilidades”.
- 8.12.25. Incorporar artistas e intelectuales (referentes de la cultura y de alta convocatoria popular) a campañas de comunicación social y bien público, en el apoyo al empoderamiento para los cuidados de la salud sexual y reproductiva.
- 8.12.26. Incrementar y diversificar acciones de promoción de salud relacionadas con las necesidades en el área de salud sexual y reproductiva de adolescentes, incluida la educación integral de la sexualidad.
- 8.12.27. Promover el uso de métodos de protección desde un enfoque de género y de derechos.
- 8.12.28. Promover el acceso oportuno a los servicios de orientación, consejería y atención de salud sexual y reproductiva por adolescentes.
- 8.12.29. Establecer la articulación entre los programas de educación integral de la sexualidad, en el Sistema Nacional de Educación dentro y fuera de la escuela.
- 8.12.30. Potenciar, en escuelas y comunidades, espacios amigables para el abordaje del tema con adolescentes, sus familiares y parejas, a través de charlas, talleres, servicios de orientación, círculos de interés, videos debate, juegos de participación, y concursos, con la participación de las familias y sus adolescentes.
- 8.12.31. Promover la formación de promotores pares y familias promotoras de la educación integral de la sexualidad, y la salud sexual y reproductiva, en las adolescencias.
- 8.12.32. Reforzar las acciones para la prevención de los accidentes, el cáncer, el suicidio y las manifestaciones de violencia.
- 8.12.33. Incentivar a los adolescentes en el estudio del Código de las familias, para que se apropien de los aspectos en que los beneficia.
- 8.12.34. Revitalizar los círculos de adolescentes por consultorios del médico de la familia, con el apoyo de las organizaciones de masas de la comunidad.
- 8.12.35. Diseñar y convocar a concursos de la creación (fundamentalmente en la literatura y las artes visuales) para adolescentes y jóvenes.

- 8.12.36. Mantener la atención de puericultura en la adolescencia, en las escuelas, según coordinación MINED/MINSAP.
- 8.12.37. Establecer horarios flexibles para atención a adolescentes en los servicios de planificación familiar, en la atención primaria de salud y servicios de ginecología infanto juvenil.
- 8.12.38. Perfeccionar en los hospitales provinciales con servicios de ginecología y otras unidades seleccionadas, consultas especializadas de ginecología infantojuvenil.
- 8.12.39. Completar las consultas de ginecología infantojuvenil en todos los hospitales pediátricos.
- 8.12.40. Capacitar continuamente al personal de salud en servicio sobre métodos anticonceptivos, y salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- 8.12.41. Continuar con la superación de todos los profesionales de la salud que atienden adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
- 8.12.42. Introducir y perfeccionar, en el pregrado, el curso alternativo obligatorio sobre adolescencia, con 30 h para los temas de salud sexual y reproductiva.
- 8.12.43. Publicar textos relacionados con la salud sexual y reproductiva en adolescentes, y la formación de futuros padres.
- 8.12.44. Realizar talleres de sensibilización y encuentros sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva (SSR) y del uso de estos servicios, con actores de diferentes sectores y de las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los adolescentes.
- 8.12.45. Realizar talleres de sensibilización con los padres, a nivel de escuelas, sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva (Escuelas de padres) que involucra a padres, madres, tutores y profesores.
- 8.12.46. Constituir un grupo de estudio intersectorial con la participación de instituciones académicas que tienen investigaciones culminadas, para generar y sistematizar los resultados sobre el embarazo y la fecundidad del adolescente, desde un enfoque transdisciplinar.
- 8.12.47. Impartir capacitaciones sobre educación sexual en los centros educativos, así como en otros ámbitos no formales.

Objetivo 9. Perfeccionar la atención a la reproducción humana asistida vinculada a la familia

Para el perfeccionamiento del Programa de Reproducción Asistida se aprobó el reglamento del mismo nombre, publicado en la Gaceta Oficial extraordinaria número 67, el 28 de octubre de 2022, en respuesta a la ley 156/2022 Código de las Familias, publicado en la Gaceta Oficial Ordinaria número 99, el 27 de septiembre de 2022.

El nuevo reglamento oficializó el nombre de Programa de Reproducción Asistida, que asume la atención a las personas que presentan infertilidad, la atención a las personas solas con intención de tener hijos, así como las uniones homoafectivas.

- 9.1. Ofrecer el derecho a la atención médica de calidad a las personas reproducción asistida.

- 9.1.1. Desarrollar consultas en los tres niveles de atención y las técnicas de baja tecnología (inseminación artificial).
- 9.1.2. Capacitar a las pacientes, en el tercer nivel de atención, para la ejecución de la fertilización *in vitro* de forma integral, así como para el comienzo del proceso de tratamiento.
- 9.1.3. Aplicar la gestación solidaria, cumpliendo lo establecido en el Código de las familias.
- 9.2. Desarrollar consultas de reproducción asistida en todos los hospitales provinciales con servicios de ginecología y en los servicios ginecológicos seleccionados.
- 9.3. Dotar las consultas de reproducción asistida con el equipamiento necesario para el estudio de las personas que lo requieran.
- 9.4. Adiestrar al personal médico para el desarrollo de los servicios reproducción asistida.
- 9.5. Promover el estudio de la endocrinología de la reproducción.
- 9.6. Perfeccionar las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la reproducción asistida y adecuar el equipamiento de los servicios hospitalarios.
- 9.7. Dotar los servicios de reproducción asistida con medicamentos necesarios para el tratamiento de las personas que lo requieran.
- 9.8. Coordinar con otros laboratorios, institutos y hospitales docentes la realización de pruebas diagnósticas especializadas.
- 9.9. Coordinar con otras especialidades la investigación y tratamiento de las causas de infertilidad.
- 9.10. Promover y apoyar las investigaciones sobre fertilización *in vitro* y su aplicación en la solución de la infertilidad.
- 9.11. Ofrecer la prioridad de los recursos necesarios para las dosificaciones hormonales de las personas que requieren reproducción asistida.

Metodología para cada consulta según el nivel de atención:

- 9.12. Cumplir con la metodología aprobada para las consultas municipales de reproducción asistida:
 - 9.12.1. Iniciar la atención en las consultas municipales de reproducción asistida, en la atención primaria de salud.
 - 9.12.2. Realizar la historia clínica de las personas a atender, con los exámenes complementarios básicos establecidos, que permiten arribar a más de un 60 % de las causas de infertilidad.
 - 9.12.3. Realizar la inscripción, por el coordinador, de las personas en el registro de reproducción asistida.
 - 9.12.4. Preparar a las personas que requieran técnicas de reproducción asistida y determinar si están listas para aplicar esta técnica.
 - 9.12.5. Arribar a un diagnóstico incipiente, en el caso de la infertilidad, de la causa que la provoca, definiendo como mínimo si se debe a un factor masculino, femenino o ambos.

- 9.12.6. Lograr, a ese nivel, que funcione un equipo de trabajo encabezado por un coordinador (especialista en Medicina General Integral), un obstetra, un psicólogo, un enfermero y un técnico de laboratorio.
- 9.12.7. Realizar la primera consulta con la máxima calidad posible, pues es la más importante y es la entrada al programa. Es importante cumplir con los pasos establecidos para este encuentro.

Primera consulta de reproducción asistida

Las personas serán recibidas por el equipo de salud en un local con condiciones de privacidad; la mayor cantidad de intervenciones se deben realizar en este local. El objetivo es no dañar la individualidad de las personas afectadas, que muestran resistencia a asistir varias veces a consultas y evitar que sean mostrados por toda la institución de salud para la realización de las evaluaciones y los exámenes complementarios.

La consulta debe durar de 1 a 2 h. Las personas asisten preparadas previa comunicación del coordinador con los equipos básicos de salud y los grupos básicos de trabajo. A su llegada después de la bienvenida se realizan los complementarios de sangre, que son llevados por la técnica de laboratorio al lugar donde se procesarán.

Inmediatamente el psicólogo inicia su atención y concluye la misma con la confección de la historia y el consentimiento informado. El psicólogo asegura el siguiente paso que, es la evaluación obstétrica.

La evaluación obstétrica se inicia por la confección de la historia clínica a la persona de sexo femenino, durante su examen físico se toman muestras de exudado vaginal y se entregan a la técnica de laboratorio, quien las conduce al lugar de procesamiento.

Posteriormente, el obstetra realiza la historia clínica a la persona de sexo masculino y realiza el examen físico. Al concluir, se procede a realizar el ultrasonido a la mujer. Mientras, el hombre permanece en el local (baño) para extraer el semen, lo entrega al técnico quien lo procesa durante 20 a 40 min.

Al finalizar, el equipo de conjunto brinda conclusiones preliminares a las personas y descartan causas como sepsis, tumores uterinos, lesiones cervicales, alteraciones de los complementarios como hemoglobina y glicemia, además de alteraciones de la tensión arterial o psicológicas; luego, se diagnostica la infertilidad por factor masculino, si existiese.

- 9.12.8. Cumplir con las consultas de seguimiento al proceso en este nivel de atención, donde se indicarán según el caso, otros análisis o complementarios como el seguimiento folicular, la histerosalpingografía, exudados microbiológicos y especiales, espermocultivos, interconsultas con endocrinología, genética clínica, urología y otras especialidades de proyección comunitaria.
- 9.12.9. Concluir, en un período no mayor de 6 meses, el proceso de atención a las personas que requieran de reproducción asistida, en su tránsito por el nivel primario de atención, o tener indicado un tratamiento efectivo a ese nivel, para aquellas que lo requieran.
- 9.12.10. Definir las personas que progresan al segundo nivel de atención para continuar proceso. Estas deben tener sus historias clínicas completas, los complementarios establecidos organizados, la historia de psicología y el permiso civil. Este proceso se produce a partir de haber realizado el cierre

de la evaluación conjunta con los obstetras de primer y segundo nivel, organizado, además, con los coordinadores, municipales y provinciales.

- 9.12.11. Garantizar por los coordinadores, la transportación, el turno médico en el servicio provincial y el traslado de los documentos legales para la atención. Los documentos legales se archivan en el lugar del último nivel de atención.
- 9.12.12. Exigir, por parte de los coordinadores municipales, el perfeccionamiento del trabajo en aquellas áreas de salud y consultorios médicos que no remitan personas a las consultas de reproducción asistida. Además, deben realizar acciones de capacitación a los profesores, padres y adolescentes para evitar las causas de infertilidad.
- 9.13. Cumplir con lo establecido para los servicios provinciales de reproducción asistida:
 - 9.13.1. Cumplir con la atención de reproducción asistida en todos los municipios de la provincia correspondiente, excepto La Habana que cuenta con cuatro servicios de este tipo, a los cuales les fue asignados municipios específicos para cada uno.
 - 9.13.2. Exigir la atención por parte de los coordinadores; las personas no deben gestionar la atención a este nivel.
 - 9.13.3. Constituir el equipo de trabajo, compuesto por el obstetra (dirige el grupo), personal de enfermería, técnico de laboratorio y psicólogos, los que tienen funciones específicas para ese nivel de atención; ellos deben valorar y tener en cuenta los criterios emitidos por los profesionales del nivel primario de atención.
 - 9.13.4. Indicar los complementarios y realizar los tratamientos quirúrgicos, hormonales y de otro tipo, según los diagnósticos realizados.
 - 9.13.5. Habilitar este equipo para realizar la cirugía por mínimo acceso, teniendo en cuenta la opinión del genetista clínico y el endocrinólogo antes de realizar la técnica de reproducción asistida que corresponde a ese nivel.
 - 9.13.6. Garantizar la atención del uroandrólogo para la inseminación artificial en el caso del factor masculino.
 - 9.13.7. Revisar los municipios que no remiten casos y exigir a los coordinadores municipales, a través del coordinador provincial, la búsqueda activa de los posibles casos.
 - 9.13.8. Remitar las personas a los centros territoriales correspondientes, previa consulta de cierre y discusión entre los obstetras del nivel secundario y terciario.
 - 9.13.9. Actualizar el registro de las personas que integran el programa de reproducción asistida.
 - 9.13.10. Organizar el proceso de donantes de gametos masculinos para la inseminación artificial en el caso que lo requiera, ya sea conocido o anónimo.
 - 9.13.11. Inscribir los donantes en el registro nacional de donantes y velar por la confidencialidad.
- 9.14. Cumplir con lo establecido para los centros territoriales de reproducción asistida.

Los centros territoriales están situados en cuatro instituciones de salud: dos hospitales generales, un hospital materno de la atención secundaria y un clínico quirúrgico de la atención terciaria.

- 9.14.1. Garantizar que las personas lleguen a este nivel conducidas por el propio programa.
- 9.14.2. Exigir que estos centros sean dirigidos por obstetras, quienes deben mantener estrecha relación con los servicios provinciales correspondientes y evaluar la calidad de la atención de las personas del programa de cada provincia.
- 9.14.3. Disponer de un local con condiciones para las consultas, con equipo de ultrasonido, así como de un salón para la realización del proceder del tercer nivel

Fertilización in vitro (FIV):

- 9.14.4. Garantizar que el equipo esté conformado, además de los obstetras, por especialistas del campo del laboratorio, genetistas, endocrinólogos, uroandrólogos, psicólogos, personal de enfermería y hematólogos fundamentalmente; se integra la especialidad de anestesia para la realización de la FIV.
- 9.14.5. Precisar del dominio, por parte de los especialistas del equipo, de las técnicas de la cirugía de mínimo acceso y convencional.
- 9.14.6. Requerir de la opinión de endocrinología y genética clínica, para desarrollar la fertilización *in vitro*.
- 9.14.7. Mantener estrecha relación de trabajo con el coordinador provincial en relación con el seguimiento de los casos y el apoyo logístico de la atención médica.

Objetivo 10. Ofrecer una adecuada atención prenatal, elevando la calidad de la atención médica de las gestantes, en especial las que tienen riesgo obstétrico

10.1. Modificar la condición de riesgo obstétrico, hacer énfasis en la necesidad del cumplimiento de estrategias preventivas, para lograr el impacto deseado en los indicadores.

Gestograma de riesgo. Consiste en un enfoque más práctico, que impacte objetivamente en los resultados y que complemente los conceptos establecidos.

La atención al riesgo reproductivo preconcepcional estará encaminado al control de la población femenina en edad fértil, en la cual será necesario determinar tres grupos:

- Las mujeres sanas que están en condiciones de alcanzar una gestación con mayores probabilidades de éxitos.
- Las mujeres que presentan condiciones o elementos de riesgo elevado, que deben modificarse para alcanzar la gestación, constituyen el *pregestograma de riesgo*.
- Las mujeres que presentan enfermedades preexistentes, *constituyen el pregestograma de riesgo para enfermedades crónicas*, que deben ser de control obligatorio por especialista de Medicina Interna del grupo básico de trabajo, además del médico de familia de su equipo básico de salud (fig. 1).

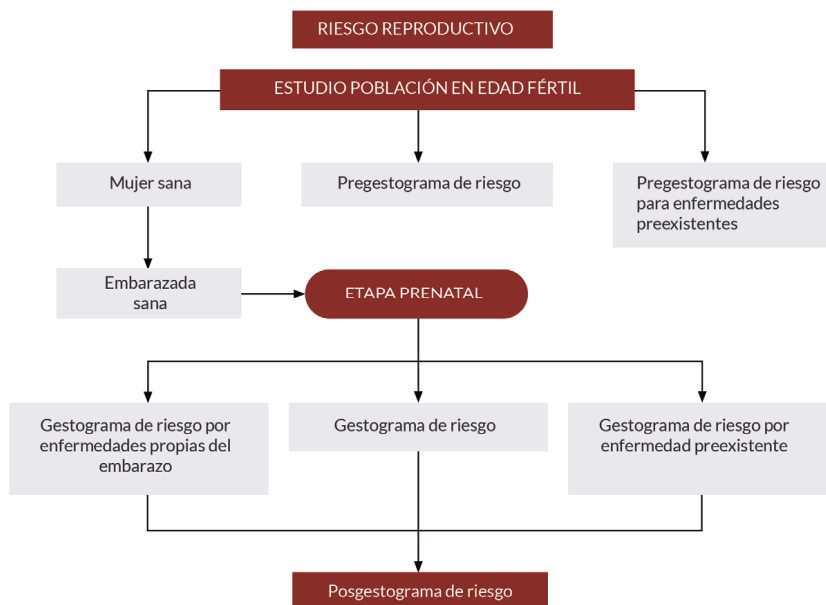


Fig. 1. Algoritmo para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional.

Pregestograma de riesgo. Es objetivo básico que, en este grupo de pacientes, la intervención se realice antes de la concepción, lo cual permitirá modificar o eliminar el riesgo, tratando el problema con una participación activa de la pareja.

Condiciones de riesgos a tener en cuenta:

- Riesgo biológico:
 - Edad de la mujer menor de 18 años y mayor de 35 años.
 - Paridad, se concede mayor riesgo en la primera gestación o después de la cuarta.
 - Espacio intergenésico corto, menor de un año o mayor de cinco.
 - Antecedentes obstétricos desfavorables: aborto previo, cesárea, nacidos muertos, condición de trauma previo en el parto, antecedentes de asfixia, parto instrumentado, encefalopatía neonatal y daño neurológico relacionado con el parto.
 - Estado nutricional deficiente (desnutrición, obesidad).
- Riesgo psicológico:
 - Trastornos de la personalidad.
 - Poca cooperación de la paciente a las orientaciones del equipo de salud.
- Riesgo ambiental:
 - Condiciones del medio (hidrocarburos).
 - Déficit en el abasto de agua.
 - Higiene deficiente.
- Riesgo social:
 - Alcoholismo.

- Drogadicción.
 - Bajo nivel socioeconómico.
 - Hacinamiento.
 - Nivel de escolaridad bajo.
- Riesgo masculino (la pareja). Podrá presentar cualquiera de los riesgos atribuibles a la mujer, pero deberá pesquisarse básicamente: drogas, alcoholismo, VIH/Sida, diabetes e hipertensión descompensada, desnutrición, enfermedades crónicas.

Pregestograma de riesgo para enfermedades preexistentes. Estas pacientes serán el objetivo primordial de la atención preconcepcional, si se tiene en cuenta que a ellas irán dirigidas las acciones básicas para el control de la afección de base, que permita mediante una atención médica diferenciada alcanzar el control adecuado, lo que facilitará alcanzar la gestación en condiciones óptimas, que asegure el éxito para la madre y el producto de la concepción.

Afecciones más frecuentes: anemias, con especial atención a las hemoglobinopatías, lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, afecciones renales, hepáticas, respiratorias y neurológicas, trombofilias, enfermedad tromboembólica venosa, enfermedades genéticas (malformaciones), entre otras.

10.2. Desarrollar acciones para el control del pregestograma de riesgo:

- 10.2.1. Dispensarizar el universo de mujeres en edad fértil que presentan enfermedades de órganos y sistemas, las que deberán atenderse, para su control en cada grupo básico de trabajo por el especialista en Medicina Interna.
- 10.2.2. Crear las consultas encaminadas para la atención de estas pacientes teniendo en cuenta que se agruparán mujeres con afecciones de diferentes órganos y sistemas.
- 10.2.3. Constituir equipos médicos que respondan a la necesidad de una atención multidisciplinaria encaminada a la atención multiorgánica o multisistémica de estas mujeres.
- 10.2.4. Establecer un cronograma individualizado para la atención a cada paciente, según sus necesidades.
- 10.2.5. Definir, a partir de la evaluación de estas pacientes, un subgrupo que esté en condiciones de alcanzar el embarazo, quedando este planificado.
- 10.2.6. Garantizar el seguimiento, de manera diferenciada, del subgrupo de las pacientes que no han alcanzado la condición anterior, hasta el control de su enfermedad.
- 10.2.7. Definir, en esta evaluación, cuáles mujeres no están en condiciones de quedar embarazadas y que su condición de salud establece un riesgo inminente para la vida.
- 10.2.8. Ofrecer, para estas pacientes, algún método anticonceptivo y se mantendrá un chequeo permanente en el riesgo reproductivo.
- 10.2.9. Mantener, para estas pacientes, la adecuada información a sus familiares, de forma que participen como dinámica familiar en la vigilancia y el control.

- 10.3. Establecer nuevo enfoque en grupos especiales; implica cambios en la atención de grupos específicos:
 - 10.3.1. Prevenir embarazos en adolescentes, condición con alto peligro de morbilidad y mortalidad; en un número de ellas se pierde la condición para fertilidad futura.
 - 10.3.2. Proporcionar elevada seguridad en el embarazo de mujeres después de los 30 años.
 - 10.3.3. Recomendar métodos anticonceptivos mientras se atenúa o elimina el riesgo.
 - 10.3.4. Favorecer los embarazos en el grupo de 20 a 30 años.

Atención prenatal

La atención prenatal resulta el periodo de atención al embarazo. En esta etapa, si el control de riesgo preconcepcional funcionó adecuadamente, las pacientes que alcanzaron el embarazo, después de controladas, constituirán ahora el grupo de riesgo obstétrico con sus etapas: antes del parto, durante el parto y el puerperio.

Las condicionales serán prácticamente las mismas que en la primera etapa preconcepcional, por tanto, estas pacientes serán clasificadas en tres grupos.

- 10.4. Establecer el gestograma de riesgo para condiciones de riesgo en pacientes que vienen de la atención preconcepcional y alcanzaron el embarazo. Se deberá tener presente el cumplimiento de la evaluación sistemática, pues alguna de las pacientes que serán dispensarizadas en esta etapa pueden llegar al embarazo sin haber logrado el control del riesgo en la etapa preconcepcional.
- 10.5. Realizar el gestograma de riesgo para pacientes con enfermedades preexistentes: estas pacientes, si se lograron los objetivos en la atención preconcepcional, deberán llegar a esta etapa con su enfermedad de base compensada (enfermas que gestan).
 - 10.5.1. Tener en cuenta, que al igual que el grupo anterior, pueden llegar pacientes que no hayan sido controladas en la etapa preconcepcional y por tanto, deberá alcanzarse esta condición en esta etapa mediante la evaluación sistemática de todas las pacientes.

Forman parte de este grupo, pacientes con afecciones frecuentes como: anemias con especial atención a las hemoglobinopatías, lupus eritematoso sistémico, diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, afecciones renales, hepáticas, respiratorias, neurológicas, trombofilias, enfermedad tromboembólica venosa, enfermedades genéticas (malformaciones), entre otras.

- 10.6. Incorporar en esta etapa el grupo de pacientes que fueron clasificadas como sanas en la etapa preconcepcional, pero que en el curso del embarazo desarrollan enfermedades propias de la gestación, estas constituyen un gestograma de riesgo para enfermedades propias del embarazo (embarazadas que enferman).

Forman parte de este grupo, pacientes con afecciones como: preeclampsia eclampsia HELLP, gestorragias, urosepsis propia del embarazo, colestasia intrahepática del embarazo, hiperémesis gravídica, enfermedad tromboembólica venosa generada por la condición del embarazo, cardiomiopatía del periparto, hemorragias posparto, infecciones relacionadas con embarazo, parto y puerperio.

- 10.6.1. Realizar, en esta etapa, la evaluación, seguimiento y atención en los diferentes servicios de riesgo por personal calificado.
- 10.7. Ofrecer la atención adecuada antes del parto, parto y puerperio:
 - 10.7.1. Realizar el seguimiento en la consulta de alto riesgo por el especialista de obstetricia del grupo básico de trabajo y otros especialistas relacionados con la afección existente.
 - 10.7.2. Realizar la consulta cada 15 días, hasta las 32 semanas, y después hacerla semanal. La secuencia de evaluación se cambiará, si así lo requiere la paciente.
 - 10.7.3. En el nivel hospitalario: atender a las pacientes por el personal más calificado en los servicios de perinatología, parto, puerperio y terapia intensiva, así como la comisión de atención a la paciente obstétrica extremadamente grave.
 - 10.7.4. Controlar que la cesárea y la cirugía obstétrica se realicen por especialistas altamente calificados y con la atención de la comisión de atención al grave.
- 10.8. Cumplir con lo establecido para el posgestograma de riesgo. En atención primaria de salud.
 - 10.8.1. Dar seguimiento diario por el médico y la enfermera de la familia.
 - 10.8.2. Realizar la evaluación semanal por el obstetra del equipo básico de trabajo.
 - 10.8.3. Asegurar la interconsulta con especialistas según la enfermedad de base, asociada o inherente al embarazo.
 - 10.8.4. Atender de forma diferenciada a pacientes convalecientes de COVID-19, por el número elevado de pacientes que paren con antecedentes de infección por coronavirus.
- 10.9. Procesar y ofrecer información mensual de las provincias, relacionadas con el riesgo reproductivo preconcepcional, prenatal y número de consultas. Los datos son:

Riesgo preconcepcional:

 1. Número de mujeres en edad fértil.
 2. Número de mujeres sanas.
 3. Número de mujeres que constituyen el pregestograma de riesgo.
 4. Número de mujeres en pregestograma de riesgo donde se han modificado los factores de riesgo.
 5. Número de mujeres que constituyen el pregestograma de riesgo por enfermedades preexistentes.
 6. Número de mujeres en pregestograma de riesgo por enfermedades preexistentes estables de la enfermedad.

Datos de las gestantes:

 1. Número de embarazos en evolución normal.
 2. Número de embarazadas en gestograma de riesgo.
 3. Número de embarazadas en gestograma de riesgo, donde se han modificado los factores de riesgo.
 4. Número de gestantes en gestograma de riesgo por enfermedades preexistentes.

5. Número de gestantes en gestograma de riesgo por enfermedades preexistentes estables con buena evolución.
6. Número de gestantes en gestograma de riesgo por enfermedades propias del embarazo.
7. Número de gestantes en gestograma de riesgo por enfermedades propias del embarazo estables con buena evolución.

Número de consultas especializadas:

1. Mujeres en edad fértil.
2. Mujeres con pregestograma de riesgo y por enfermedades preexistentes.
3. Gestantes en gestograma de riesgo y por enfermedades preexistentes.
4. Gestantes en gestograma de riesgo por afecciones propias del embarazo.

Semanalmente se recogerá la información del número de consultas realizadas en las diferentes provincias, para estos grupos de riesgo y de enfermedades preexistentes o propias del embarazo.

10.10. Cumplir con el control de las principales afecciones crónicas para planificar el embarazo, por el médico de familia del equipo básico de salud y el especialista en Medicina Interna del grupo básico de trabajo.

10.10.1. Lupus eritematoso sistémico. Controles a realizar:

- Seguimiento clínico de un año de duración.
- Atención en consulta multidisciplinaria.
- Ausencia de actividad lúpica.
- Control de la tensión arterial.
- No tromboembolismo venoso.
- Pruebas específicas para determinar daño de órganos vitales.
- Perfil serológico.
- Hemoquímica basal.
- Medicamentos recibidos.

Conclusión: Enfermedad actual en remisión o estable y baja actividad.

10.10.2. Trombofilia: puede ser hereditaria, adquirida o mixta.

- En cualquiera de ellas, conocer historia de la enfermedad.
- Investigar antecedentes obstétricos.
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa.
- Comprobar ausencia de actividad trombótica.
- Control clínico y por pruebas diagnósticas de un año.

10.10.3. Otras enfermedades autoinmunes:

- Colitis ulcerativa idiopática.
- Esclerodermia.
- Anemia autoinmune.

En todas estudiar la historia de la enfermedad y mantener control clínico.

10.10.4. Enfermedad tromboembólica venosa:

- Si trombosis venosa profunda (TVP) de localización proximal, indicar anti-coagulación por 6 meses. No autorizar embarazo hasta pasados 2 años

- Si localización de trombosis venosa profunda distal, indicar anticoagulación por 3 meses y no autorizar el embarazo hasta pasado 1 año.
- Si tromboembolismo pulmonar (TEP) sin repercusión pulmonar ni cardiovascular, anticoagular por 1 año y autorizar el embarazo después de 2 años.

10.10.5 Sicklemia:

- Tener en cuenta para su control, la historia de la enfermedad.
- Ausencia de crisis en los 2 últimos años.
- Evaluar en consulta multidisciplinaria.
- Evitar las infecciones.
- Atención a sistemas cardiovascular, renal, hematológico y pulmonar.
- Mantener cifras de hemoglobina mayor o igual a 89 g/L o cifras similares a vida preconcepcional, sin crisis o a la captación del embarazo. Si reducción mayor de 10 % no se aconseja el embarazo hasta la recuperación.

10.10.6. Epilepsia:

- No aconsejar embarazo si hay descompensación.
- No estrés físico ni psíquico.
- Mantener terapéutica.
- Dos años sin crisis para alcanzar la gestación.

10.10.7. Diabetes pregestacional:

- Ofrecer educación sobre diabetes mellitus e importancia del control metabólico.
- Alcanzar el control glucémico óptimo preconcepcional. Hemoglobina glucosilada inferior a 7 %.
- Glicemia en ayunas menor de 5,6 mmol/L.
- Peso ideal.
- Prescribir 5 mg/día de ácido fólico, 3 meses antes del embarazo.
- Evitar hábitos tóxicos.
- Realizar diagnóstico precoz del embarazo

10.10.8. Hipertensión arterial crónica:

- Dispensarizar al 100 % de las mujeres en edad fértil con antecedentes de hipertensión arterial crónica o antecedentes de enfermedad hipertensiva en embarazos previos.
- Pesquisa de hipertensión arterial en mujeres en edad fértil con factores de riesgo.
- Controlar en el riesgo reproductivo preconcepcional y ofrecer anticoncepción de larga duración a las adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Control clínico y hemoquímico de las pacientes diagnosticadas con hipertensión.
- Controlar del peso corporal.
- Erradicar hábitos tóxicos.
- Realizar exámenes complementarios de esfera hepatorenal, cardiovascular, hematológica, en etapa preconcepcional.

- Evaluar por el especialista en Medicina Interna o Cardiología.
 - Lograr estado de compensación durante 1 año previo a la concepción.
 - Reevaluar a las 6 semanas posparto a toda mujer que haya presentado hipertensión arterial durante el embarazo y reclasificar.
- 10.10.9. Cardiopatías. Se aconseja a las pacientes con cardiopatías y deseo gestacional: realizar una visita al cardiólogo y al especialista en obstetricia, antes del embarazo, con los siguientes objetivos:
- Valorar el riesgo individual del paciente según la morbilidad teniendo en cuenta la clasificación de la OMS, incluyendo las complicaciones perinatales.
 - Revisar y reajustar los fármacos si estuvieran contraindicados en el embarazo.
 - Evaluar la necesidad de cirugía si fuera necesario.
 - Remitir a la paciente a consejo genético, para definir riesgo de transmisión y posibilidad de diagnóstico genético, o preimplantación, o diagnóstico prenatal.
 - Toda paciente con valvulopatía deberá evaluarse en etapa preconcepcional, ya que es difícil la evaluación en el embarazo por los cambios fisiológicos, la severidad de la afectación valvular.
 - En caso de valvulopatía moderada o severa, asociada a o no a hipertensión pulmonar, debe desaconsejarse el embarazo y proponer cirugía. En caso contrario, deberá informarse el riesgo de materno de trombosis, insuficiencia cardíaca y las complicaciones asociadas al tratamiento anticoagulante, así como las complicaciones perinatales.
 - Asegurar la mejor decisión para el empleo de anticonceptivo.
- 10.10.10. Síndrome nefrótico:
- Proteinuria mayor de 3 g.
 - Albúmina sérica menor de 3 g.
 - Edemas, hipercolesterolemia.
 - Incidencia: 1 en 1500 embarazos.
 - Los datos más importantes a controlar son: hipertensión, sedimento urinario (cilindros eritrocíticos sugieren glomerulonefritis aguda; anticuerpos antinucleares y disminución de complemento, indican lupus).
 - Requiere control de función renal, albúmina sérica, función hepática, proteinuria de 24 h.
 - Seguimiento y control de la enfermedad por 2 años previos al embarazo.
 - Consulta multidisciplinaria para autorizar el embarazo.
- 10.10.11. Trasplante renal en el embarazo:
- Se recomienda un mínimo de 2 años de buena salud posterior al trasplante.
 - Ausencia o mínima proteinuria.
 - Normotensión arterial.
 - No rechazo al injerto.
 - No dilatación pielocalicial en urografía reciente.
 - Función renal estable, creatinina inferior o igual a 1,5 mg/dL.
 - Empleo de prednisona a 15 mg/día o menos, aziatropina 2 mg/kg/día.

- El control prenatal será estricto, cada 2 semanas.
- Realizar pruebas para citomegalovirus, herpes, hepatitis.

10.10.12. Tener en cuenta, en todas las entidades que se han descrito, la selección del mejor método de anticoncepción a emplear para lograr el espaciamiento del embarazo hasta lograr la modificación del riesgo.

Los médicos de atención primaria de salud deben cumplir con las actividades siguientes:

10.11. Cumplir con la cronología y conducta en la atención prenatal durante la gestación normal.

Atención prenatal durante la gestación normal

Cada gestante normal recibirá un mínimo de 10 controles prenatales por el médico de familia del equipo básico salud y de estos 4 son interconsultas con el especialista en Ginecología y Obstetricia del grupo básico de trabajo (tabla 1).

En la interconsulta, en su área de salud a las 40 semanas, la paciente deberá ser remitida para su seguimiento a la consulta de gestante a término que se brinda en los hospitales de ginecología y obstetricia o generales provinciales, y en caso de ser normal la evolución de la clínica obstétrica y la ultrasonografía, podrá ser seguida en esta hasta las 41,2 semanas de embarazo; a partir de esta fecha quedará ingresada en el hospital.

La gestante también recibirá las consultas en el terreno, lo que complementará las acciones de salud de la atención prenatal integral

Tabla 1. Consultas prenatales

| No. | Consultas | Edad gestacional |
|-----|--------------------------|---|
| 1 | Captación del embarazo | Lo ideal es realizarla antes de las 12 semanas sin necesidad de postergarla, si la gestante se presenta antes de esta fecha |
| 2 | Evaluación | Antes de los 15 días posteriores a la captación |
| 3 | Consulta prenatal | A las 18 semanas |
| 4 | Consulta prenatal | En la semana 22 (22 a 22,6) |
| 5 | Reevaluación | En la semana 24 (24 a 24,6) |
| 6 | Consulta prenatal | En la semana 30 (30 a 30,6) |
| 7 | Interconsulta | En la semana 32 (32 a 32,6) |
| 8 | Consulta prenatal | En la semana 36 (36 a 36,6) |
| 9 | Consulta prenatal | En la semana 38 (38 a 38,6) |
| 10 | Interconsulta al término | En la semana 40 |

Metodología de las consultas

Primera consulta: captación. Es realizada por el médico de la familia y se procederá del modo siguiente:

1. Anamnesis general y obstétrica. Precisar los antecedentes de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, tipo de partos, peso de los recién nacidos anteriores y en caso de abortos espontáneos, tiempo y causa conocida. Además, incluir los aspectos socioeconómicos y especificar si se trata de una paciente de riesgo reproductivo preconcepcional.

2. Examen físico completo, con énfasis en el examen cardiovascular y respiratorio.
3. Examen obstétrico; incluye examen con espéculo; se realiza el test de Papanicolau, sino se ha realizado previamente, y la valoración de las mamas.
4. Valoración ponderal por el índice de masa corporal (IMC).
5. Toma de la tensión arterial con la técnica adecuada.
6. Indicar exámenes de laboratorio para la consulta de evaluación: grupo, factor Rh y análisis serológicos VDRL y el HIV a la gestante y su pareja, parcial de orina o cituría, hemograma completo, glicemia, colesterol, electroforesis de hemoglobina, análisis parasitológico de heces fecales y exudado vaginal. Si la pareja es desconocida, a la gestante se le realizará VDRL y HIV cada mes.
7. Realizar, a las mujeres mayores de 35 años, los exámenes siguientes: electrocardiograma, coagulograma, mínimo, ácido úrico y perfil de colesterol.
8. Remitir y acompañar a las gestantes a consultas multipropósito o multidisciplinarias, donde se valorará por las especialidades de Nutrición, Genética, Medicina Interna, Estomatología, Oftalmología, Obstetricia, Trabajo Social, y Psicología.
9. Citar a la consulta de evaluación, dentro de los 15 días siguientes.
10. Indicar, si corresponde, la vacunación con toxoide tetánico según esquema.

Segunda consulta: evaluación. La evaluación será realizada por el especialista de Obstetricia del grupo básico de trabajo, en el consultorio, junto con el médico de la familia, dentro de los 15 días posteriores a la captación.

Se procede del modo siguiente:

1. En esta evaluación, si la embarazada clasifica como gestante de riesgo obstétrico, se remite a la consulta multidisciplinaria.
2. Volver a analizar la anamnesis, el examen físico general; además, realizar un tacto bimanual mensurador de la pelvis y del cérvix.
3. Atender la existencia de cambios locales o de secreciones que sugieran una infección cervical en cuyo caso realizará tratamiento sintomático. Debe tratarse de igual modo al compañero sexual.
4. En los lugares que dispongan de laboratorio de microbiología, se indicará realizar exudado vaginal con cultivo y, de ser posible, búsqueda de micoplasma.
5. Evaluar los resultados de los exámenes complementarios realizados.
6. Si ya se cuenta con el primer marcador genético, recalcular y dejar precisado el tiempo de gestación, así como la fecha probable de parto.
7. Indicar antianémicos por vía oral y brindar orientaciones higienodietéticas.
8. Indicar primeros marcadores genéticos, entre las 11 y 13,6 semanas, con evaluación del cérvix por cervicometría.
9. Indicar la alfafetoproteína para que sea realizada a la gestante entre las 15 y las 19 semanas.
10. Indicar el antígeno de superficie y la electroforesis de hemoglobina, cuando no se ha realizado previamente. Además, indicar un parcial de orina o cituría para la próxima consulta (sí no se ha detectado ningún riesgo, debe ser a las 18 semanas).
11. La embarazada será clasificada como gestante normal o con riesgo; este riesgo se identificará y se planteará su pronóstico, estableciendo estrategias para cada uno de ellos que le permita incrementar la capacidad resolutoria por parte del médico en cada una de las acciones propuestas.

Tercera consulta. Se procederá de la manera siguiente:

1. Interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso, tensión arterial, presencia de edemas, coloración de piel y mucosas, entre otros.
2. Determinar la altura uterina.
3. Indicar ultrasonido genético del segundo trimestre de la gestación entre las semanas 20 y 22 de gestación, así como la cervicometría a las 22 semanas.
4. Continuar tratamiento con antianémicos orales.
5. Indicar parcial de orina o cituria.

Cuarta consulta. Se procederá de la manera siguiente:

1. Analizar, comentar y transcribir la ultrasonografía del programa por el médico de familia, precisando las indicaciones inmediatas de ser sugeridas; e interconsultar de inmediato con el especialista en ginecología obstetricia ante cualquier duda.
2. Precisar los síntomas que puede referir la paciente y valorar si pertenecen a los cambios locales o generales de la fisiología normal del embarazo, o si pertenecen a la presencia de afecciones clínicas u obstétricas sobreañadidas.
3. Indicar análisis parcial de orina, así como hemoglobina y hematocrito.
4. Aumentar la dosis de antianémicos orales, profiláctico.

Quinta consulta: efectuar a las 24 semanas, reevaluación. Será realizada por el especialista de Ginecología y Obstetricia del grupo básico de trabajo junto con el médico de familia, en el consultorio. Proceder de la manera siguiente:

1. Analizar, comentar y transcribir los resultados de los exámenes complementarios.
2. Realizar toma de la tensión arterial.
3. Revalorar la curva de tensión arterial y considerar si por el período en que se captó se cuenta con la tensión arterial basal.
4. Revalorar la curva de peso de acuerdo con la valoración ponderal de la captación.
5. Evaluar el crecimiento de la altura uterina teniendo en cuenta la talla, el peso, el panículo adiposo de la paciente y la cantidad de líquido amniótico.
6. Descartar la importación temprana del polo cefálico (grado de encajamiento de la cabeza).
7. Valorar auscultación del foco fetal y comprobar movimientos fetales.
8. Si fuera necesario por la historia clínica de la paciente o por los síntomas referidos, se realizará examen con espéculo para apreciar las características del cuello uterino, descartar las infecciones vulvovaginales y cervicales, y se valorará, por tacto vaginal ultrasonografía transvaginal, las posibles modificaciones del cérvix que haga sospechar una amenaza de parto inmaduro.
9. Explicar a todas las pacientes los signos de alarma de parto pretérmino para que, ante cualquier síntoma, acudan precozmente al cuerpo de guardia de la maternidad correspondiente.
10. Indicar el chequeo completo del tercer trimestre para analizar sus resultados en la próxima consulta (hemoglobina, hematocrito, serología, H.I.V., orina y glicemia o prueba de tolerancia a la glucosa (PTG) a las pacientes con riesgo de diabetes gestacional).
11. Mantener igual tratamiento de antianémicos orales.

Sexta consulta: efectuar en la semana 30. Se procederá de la manera siguiente:

1. Valorar y comentar los resultados de los exámenes complementarios indicados en la consulta anterior.

2. Realizar interrogatorio básico y examen físico general, que incluye peso, toma de la tensión arterial y buscar la presencia de edemas.
3. Valorar la tensión arterial media (TAM).
4. Medición de altura uterina, precisar presentación, posición, grado de encajamiento, movimientos fetales, volumen del líquido amniótico y auscultación del foco fetal.
5. Valorar, con espéculo si fuera necesario, por síntomas y signos referidos o constatados.
6. Precisar el comportamiento del patrón contráctil en esta etapa.
7. Explicar a la gestante el método de conteo de movimientos fetales.
8. Desarrollar actividades del Programa de maternidad y paternidad responsable.
9. Indicar el curso de psicoprofilaxis a la pareja.
10. Indicar análisis parcial de orina o cituria.
11. Continuar tratamiento de antianémicos orales.

Séptima consulta: efectuar en la semana 32, interconsulta. Se realizará con el especialista en Ginecología y Obstetricia con la presencia de su médico de familia, en el consultorio. Proceder de la manera siguiente:

1. Valorar los resultados de los exámenes complementarios indicados en la consulta anterior.
2. Realizar interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso y búsqueda de edemas.
3. Toma de la tensión arterial.
4. Realizar examen obstétrico: altura uterina, situación, presentación, posición, movilidad de la presentación, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, tono uterino y volumen del líquido amniótico.
5. Indicar análisis parcial de orina o cituria, y hemograma. Volver a realizar estos exámenes a las 36 semanas.
6. Desarrollar actividades del Programa de maternidad y paternidad responsable.
7. Instruir sobre pródromos y síntomas de parto, así como sobre los cuidados del puerperio y la lactancia materna.
8. Continuar el tratamiento de antianémicos orales.

Octava consulta: realizar en la semana 36. Se realizará por su médico de la familia, a no ser que aparezca algún síntoma de alarma de parto pretérmino.

1. La atención será igual que en la consulta anterior.
2. Proceder a la búsqueda de signos y síntomas de enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis urogenital.

Novena consulta: realizar en la semana 38. Se realizará por su médico de la familia, con la excepción de que aparezca algún síntoma de alarma de parto pretérmino.

1. La atención será igual que en la consulta anterior.
2. Se indicarán, para la próxima consulta, hemoglobina, hematocrito y parcial de orina.

Décima consulta: consulta a término en la semana 39, interconsulta.

1. Se realizará por el especialista en Ginecología y Obstetricia, junto al médico de familia en el consultorio o en el policlínico.
2. Proceder igual que en las anteriores en cuanto al interrogatorio, examen físico general y obstétrico en particular.
3. Remitir a la consulta a término del hospital, o realizar remisión para ingreso si se presentaran síntomas y signos de fase latente del trabajo de parto.

Consulta hospitalaria de gestante a término: se realizará a las 40 semanas. Se lleva a cabo por el especialista en Ginecología y Obstetricia designado. Proceder de la manera siguiente:

1. Valorar toda la evolución clínica obstétrica e integral, reflejada en el carné obstétrico, así como los resultados de los exámenes complementarios.
2. Interrogatorio básico y examen físico que incluye la toma de tensión arterial, peso, búsqueda de la presencia de edemas y de cualquier otra alteración general que refiera la paciente.
3. Examen obstétrico (igual a los anteriores). Precisar la correspondencia entre la amenorrea, el ultrasonido del programa y la edad gestacional clínica.
4. Indagar y orientar sobre pródromos del parto.
5. Orientar sobre los pródromos del parto.
6. Indicar, si es posible y necesario, pruebas de bienestar fetal de forma ambulatoria para ser vistas en el mismo día.
7. Valorar con espéculo o tacto vaginal, de acuerdo con sus síntomas, la posibilidad del inicio de trabajo de parto.
8. Valorar la necesidad o no del ingreso en el hospital, o citar para valorar ambulatoriamente, en los días siguientes, hasta las 41,2 semanas en que debe ser ingresada para evaluar inducción.

Todas estas etapas de la atención prenatal deben de estar muy bien realizadas, para ser capaces de detectar todas las desviaciones de la normalidad, que deben ser interconsultadas con el especialista del grupo básico de trabajo y con el asesoramiento genético municipal (ver detalles en el objetivo 12 de este Programa).

Consultas y visitas en el terreno. Durante la atención prenatal las gestantes también recibirán consultas y visitas en el hogar, en las que se realiza la valoración integral de las embarazadas, a partir del conocimiento del marco socioeconómico en que se desarrolla y el apoyo real que tiene por parte de su pareja y del resto de la familia.

Las evaluaciones en el terreno se realizarán, como mínimo, con una frecuencia mensual, siendo muy importante aquellas que se realizarán después de la captación, entre las 14 y 20 semanas y entre las 26 y 30 semanas de edad gestacional.

En la primera consulta, realizada por el equipo básico de salud, se valorará:

- Estructura y organización de la familia.
- Funcionamiento familiar y de la pareja.
- Crisis por las que transitan.
- Identificar si hay algún tipo de violencia.
- Dispensarización de la familia.
- Desarrollar estrategias de intervención para lograr cambios en el modo y estilo de vida que permita favorecer la salud reproductiva de la gestante y obtener un recién nacido vivo y sano.
- Precisar el rol de la maternidad y paternidad responsable.

Entre las 14 y 20 semanas se realizarán visitas de terreno para lograr distintos propósitos:

- Influir en los aspectos nutricionales.
- Diagnosticar el riesgo de las infecciones vaginales.
- Precisar el riesgo de aborto.
- Precisar la importancia de las pruebas de alta tecnología que se realicen en el momento oportuno de su gestación.

En las visitas realizadas entre las 26 y 34 semanas se hará énfasis en:

- Bajo peso al nacer.
- Riesgo de infecciones genitourinarias.
- Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- En evaluación nutricional.
- En el Programa de maternidad y paternidad responsable.
- Curso de psicoprofilaxis.

A partir de las 32 semanas se insistirá en:

- Conteo de movimientos fetales como prueba de bienestar fetal.
- Realizar puericultura prenatal mensual hasta el parto.
- Lactancia materna.

Cuidados higienodietéticos del puerperio:

- Antianémicos orales posparto.
- Planificación familiar período intergenésico.

En la atención prenatal normal, es preciso estar atentos al comportamiento de las curvas siguientes: curva de peso materno, curva de altura uterina, curva de tensión arterial, curvas de la hemoglobina, hematocrito y orina, así como la curva del crecimiento fetal a partir de las 26 semanas.

Cuando estas se desvían de las cifras estándar para una edad gestacional bien precisada, sobre todo por la fecha de última menstruación en una mujer eumenorreica, y confirmada o recalculada por el primer marcador genético, se debe interconsultar con el especialista en Obstetricia.

- 10.12. Conocer e influir positivamente en los factores sociales y ambientales que actúan sobre la mujer y el embarazo.
- 10.13. Mantener la vinculación del equipo básico de salud con las mujeres de su población, ingresadas en salas de obstetricia y ginecología.
- 10.14. Realizar la evaluación a los 15 días de la captación en el consultorio del médico de la familia (CMF), por el obstetra o el médico general integral certificado por maestría o diplomado sobre atención integral a la mujer.
- 10.15. Indicar a las gestantes profilaxis con sales de hierro, ácido fólico, suplementos de vitaminas y carbonato de calcio.
- 10.16. El psicólogo y trabajador social del grupo básico de trabajo deben realizar la evaluación de la gestante captada en su hogar, para caracterizar adecuadamente el estado biopsicosocial de la paciente y su familia.
- 10.17. Recalculer con el primer marcador genético el tiempo de gestación y la fecha probable de parto.
- 10.18. Remitir a la consulta multidisciplinaria a la gestante clasificada alto riesgo obstétrico. Esta consulta debe ser realizada por el especialista en Ginecobstetricia de mayor experticia, conocimiento y preparación científica técnica existente en el territorio.
- 10.19. Determinar, en la consulta multidisciplinaria, el riesgo de la embarazada desde el inicio de la gestación, clasificándola con el sistema de evaluación vigente.

- 10.20. El especialista de Medicina Interna participará en la consulta multidisciplinaria para embarazadas de alto riesgo obstétrico.
- 10.21. Cuando se requiera, incluir al consejero nutricional en la consulta integral a la embarazada.
- 10.22. Brindar una atención priorizada a la gestante de riesgo, de acuerdo con lo establecido en las orientaciones metodológicas.
- 10.23. Tratar en consultas especializadas al grupo de riesgo que más se relaciona con la mortalidad materna y perinatal.
- 10.24. Ofrecer interconsultas con el médico de la familia, el ginecobstetra y profesionales de otras especialidades.
- 10.25. Reevaluar con el especialista de Ginecobstetricia a todas las gestantes a las 24 y las 32 semanas de embarazo.
- 10.26. Mantener el control de la fecha probable de parto de su población gestante para visitar el hogar en fecha próxima a este.
- 10.27. Controlar el seguimiento al alta de las gestantes de riesgo.

Los médicos de atención secundaria deben cumplir con las actividades siguientes:

- 10.28. Ingresar a las embarazadas con patologías evidentes o presuntivas, que no sean tributarias de tratamiento ambulatorio.
- 10.29. Ingresar a las gestantes que concurren al hospital en el primer periodo del parto y riesgo de hipoxia.
- 10.30. Ingresar a las puérperas con patologías que no sean tributarias de tratamiento ambulatorio.
- 10.31. Priorizar la atención médica de las pacientes de riesgo o graves que se encuentren ingresadas.
- 10.32. Brindar cuidados especiales, médicos y de enfermería, a pacientes que por su gravedad lo requieran.
- 10.33. Organizar los servicios de obstetricia, agrupando las camas por enfermedades o factores de riesgo.
- 10.34. Ofrecer consultas de preingreso en todos los hospitales ginecobstétricos a partir de las 39 semanas de gestación.
- 10.35. Realizar chequeo anestésico al ingreso a las gestantes a las que se les realizará cesárea electiva.

Objetivo 11. Mantener niveles adecuados de vacunación de la población materno infantil

El médico de la familia, el pediatra, el clínico y el ginecobstetra de cada área de salud son responsables de:

- 11.1. Ejecutar la vacunación de la población a ellos asignada.
- 11.2. Exigir, en las consultas, el carné pediátrico o el de vacunación para el control de esta actividad.

- 11.3. Controlar sistemáticamente el nivel inmunitario de la población perteneciente al área de salud.
- 11.4. Controlar el nivel inmunitario de todas las instituciones infantiles del área de salud.
- 11.5. Evitar pérdidas de dosis mediante citación o visita a aquellos casos que no han concurrido oportunamente a recibir las dosis correspondientes, con la colaboración de las organizaciones de masas.
- 11.6. Mantener una correcta conservación de las vacunas, con una rotación adecuada de los lotes según fecha de vencimiento y vigilancia estricta de la cadena de frío.
- 11.7. Cumplir el esquema de vacunación oficial del MINSAP incluida la vacunación contra la COVID-19 (tabla 2).
- 11.8. Incluir la vacuna cubana contra el neumococo en el esquema de vacunación.
- 11.9. Anotar en la historia clínica las dosis, tipo y fecha de vacuna administrada.
- 11.10. Ofrecer capacitación continuada, para elevar la calidad del proceso, al personal que labora en la vacunación, mediante cursos técnicos y supervisión adecuada de su trabajo.
- 11.11. Perfeccionar el sistema de vigilancia de reacciones adversas de la vacunación.

Objetivo 12. Reducir del impacto de las enfermedades genéticas sobre la salud y el bienestar de las personas a través de estrategias de promoción y prevención

Estructura y funciones de los servicios de genética médica. En la atención primaria de salud, los servicios de genética cumplen funciones promocionales-preventivas, asistenciales, docentes e investigativas, en cada área de salud existen servicios de asesoramiento genético y un servicio municipal con un coordinador que dirige el trabajo de los restantes asesores genéticos del municipio. El coordinador del trabajo en el municipio es un especialista en genética clínica o máster en asesoramiento genético subordinado al subdirector de asistencia médica y metodológicamente al centro provincial de genética médica.

El médico de familia tiene que cumplir con las acciones siguientes:

- 12.1. Realizar acciones promocionales de salud genética.
- 12.2. Identificar, en su área de atención, a toda persona o varios miembros de una familia, de cualquier edad, con criterio de ser valorados en una consulta de genética de su área de salud, ya sea para el diagnóstico de su enfermedad o porque el paciente tiene factores de riesgo genéticos, o porque la persona solicite por iniciativa propia un asesoramiento.
- 12.3. Evaluar en la consulta de genética médica de cada área de salud: a todos los recién nacidos, entre 0 y 3 meses de vida, para identificar precozmente enfermedades de origen genético; a todas las gestantes, con el propósito de ofrecer atención prenatal genética; a todas las mujeres en edad reproductiva, con el objetivo evaluar y clasificar su riesgo genético previo al embarazo y ofrecerle, junto a su pareja, la orientación necesaria para su preparación, como es la suplementación con ácido fólico de 1 mg, idealmente 6 meses antes del embarazo.

Tabla 2. Esquema de vacunación oficial del MINSAP

| Vacuna / Protege | Edad de la dosis | | | Dosis (mL) | Vía | Región de aplicación | Lugar de aplicación |
|---|--|---------|---------|------------|------|--|-----------------------------|
| | 1ª | 2ª | 3ª | | | | |
| BCG / Tuberculosis | Al nacer | --- | --- | 0,05 | ID | Deltoides izquierdo | Maternidad |
| Heberbiovac HB / Hepatitis B | Al nacer | --- | --- | 0,5 | IM | 1/3 medio de la cara anterolateral del muslo | Maternidad |
| Heberpenta-L / Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, Haemophilus Influenzae tipo B | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 0,5 | IM | 1/3 medio de la cara anterolateral del muslo. A los 18 meses en el deltoides | Policlínicos |
| VA-MENGOC-BC / Meningococo B y C | 3 meses | 5 meses | --- | 0,5 | IM | 1/3 medio de la cara anterolateral del muslo | Policlínicos |
| IPV / Poliomieltitis | 4 meses | 8 meses | --- | 0,1 | ID | Deltoides derecho | Policlínicos |
| DTP-VAC* / Difteria, tétanos, tosferina | --- | --- | --- | 0,5 | IM | Deltoides | Policlínicos |
| Quimi-Hib* / Haemophilus Influenzae tipo B | --- | --- | --- | 0,5 | IM | Deltoides | Policlínicos |
| PRS / Parotiditis, rubéola y sarampión | 12 meses | --- | --- | 0,5 | SC | Deltoides | Policlínicos y escuelas |
| VA-DIFTET / Difteria y tétanos | --- | --- | --- | 0,5 | IM | Deltoides | Escuelas |
| Vax-TYVI / Fiebre tifoidea | 10 años | --- | --- | 0,5 | IM | Deltoides | Escuelas |
| VAX TET / Tétanos | --- | --- | --- | 0,5 | IM | Deltoides | Escuelas |
| OPV / Poliomieltitis | En campaña anual. Niños menores de 3 años y 9 años | | | 2 gotas | Oral | --- | Policlínicos y consultorios |

Nota: IM: intramuscular; SC: subcutánea.

Los centros provinciales de genética médica tienen como funciones:

- 12.4. Brindar los servicios especializados en cuanto a diagnóstico ultrasonográfico prenatal, diagnóstico de anemia por hemáties falciformes, detección de portadoras de esta enfermedad entre las gestantes y estudios cromosómicos para el diagnóstico de enfermedades genéticas.
- 12.5. La atención pediátrica consiste en realizar consultas especializadas multidisciplinarias e interconsultas para la evaluación de niños con enfermedades genéticas o con sospecha de padecerlas, y niños nacidos con defectos congénitos remitidos desde la atención primaria.
- 12.6. Ofrecer diagnóstico prenatal a la familia solo si los padres prospectivos deciden solicitarlo en el marco del asesoramiento genético y no por otros motivos, excepto la búsqueda del sexo fetal en casos de riesgo para enfermedades ligadas al sexo o en situaciones de incesto o violación.

Constituyen objetivos del diagnóstico prenatal en el país:

- 12.6.1. Conocer sobre la salud del embrión o feto en desarrollo.
 - 12.6.2. Proporcionar información a la familia.
 - 12.6.3. Diagnosticar anomalías en la vida fetal.
 - 12.6.4. Permitir la terminación voluntaria del embarazo, cuando se encuentren defectos "graves".
 - 12.6.5. Disminuir la ansiedad en las parejas de alto riesgo, asegurándoles la menor probabilidad de tener un hijo con una enfermedad de severo pronóstico para la vida, o ayudarlos a prepararse para un parto difícil, y contribuir a la atención especializada de este y su producto.
- 12.7. Analizar, preferiblemente con ambos miembros de la pareja, las opciones y decisiones relacionadas con el diagnóstico prenatal y la terminación voluntaria del embarazo selectiva, en la que deben analizarse y ser especialmente protegidos y respetados los criterios de la mujer, en cuanto a la toma de decisiones. La pareja debe decidir solicitarlo o no.
 - 12.8. Verificar que el diagnóstico prenatal solo pueda realizarse en el marco del asesoramiento genético.
 - 12.9. Cumplir con los programas asistenciales que se ofrecen a través de la red de centros y servicios de genética médica del país.

Los programas asistenciales que se ofrecen a través de la red de centros y servicios de genética médica del país, tienen las funciones siguientes:

- 12.10. Desarrollar, en la atención preconcepcional y prenatal, las acciones siguientes:
 - 12.10.1. Evaluar y clasificar el riesgo genético preconcepcional.
 - 12.10.2. Brindar asesoramiento genético a parejas en riesgo previo al embarazo.
 - 12.10.3. Realizar la evaluación y clasificación del riesgo genético de toda gestante a la captación del embarazo.
 - 12.10.4. Realizar la detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del primer trimestre de la gestación entre las semanas 11 y 13,6 de gestación.

- 12.10.5. Cumplir con el programa de prevención de anemia por hematies falciformes mediante la identificación de portadoras y de parejas en riesgo.
 - 12.10.6. Realizar la detección de defectos de cierre del tubo neural mediante estudio de la alfafetoproteína en suero materno entre las semanas 15 y 19 de gestación.
 - 12.10.7. Realizar la detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del segundo trimestre de la gestación entre las semanas 20 y 22 de gestación.
 - 12.10.8. Efectuar el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas por estudios citogenéticos para gestantes con riesgo incrementado de tener descendientes afectados.
 - 12.10.9. Realizar ecocardiografía prenatal para gestantes con riesgo de defectos congénitos cardiovasculares en la semana 24 del embarazo.
 - 12.10.10. Efectuar la detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del tercer trimestre de la gestación entre las semanas 30 y 32 de gestación.
- 12.11. En la atención neonatal, cumplir las funciones siguientes:
- 12.11.1. Evaluar mediante examen físico y clasificar el riesgo genético en recién nacidos y hasta el tercer mes de vida.
 - 12.11.2. Realizar la pesquisa neonatal de enfermedades heredometabólicas.
 - 12.11.3. Identificar niños con defectos congénitos y su consiguiente inclusión en el Registro Cubano de Malformaciones Congénitas (RECUMAC).
- 12.12. En la atención posnatal, cumplir con las acciones siguientes:
- 12.12.1. Efectuar consultas de genética clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades genéticas en edad pediátrica y adulta.
 - 12.12.2. Realizar consultas de asesoramiento genético ante la identificación de factores de riesgo determinadas o influidas por factores de riesgo genético.
- 12.13. Brindar atención médica a las personas con discapacidades de causa genética o congénita.
- 12.14. Realizar registro nacional de familias con enfermedades comunes: diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, asma bronquial, enfermedad coronaria, cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de próstata, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión, adicción al alcohol, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.
- 12.15. Realizar registro nacional de gemelos, con fines investigativos e indexar todos los nacimientos gemelares del área de salud.
- 12.16. Efectuar registro cubano de personas con discapacidades de origen genético, con fines médicos y de atención social.
- 12.17. Realizar identificación del riesgo genético preconcepcional en las consultas de riesgo preconcepcional o planificación familiar, habilitadas en cada área de salud, con carácter multidisciplinario, y en las que deben insertarse los másteres en asesoramiento genético.

- 12.18. Realizar identificación del riesgo genético prenatal en las consultas de evaluación de riesgo de la gestante, en cada área de salud inmediatamente después de la captación de la gestación; esta acción es llevada a cabo por el máster en asesoramiento genético.
- 12.19. Realizar el estudio por ultrasonido genético a todas las gestantes para detectar, en el primer trimestre de la gestación, posibles defectos congénitos. Este estudio debe ser realizado entre las 11 y las 13,6 semanas de edad gestacional.

Siempre que las posibilidades tecnológicas y de recursos humanos lo permitan se trabajará en los tres niveles de atención: área de salud, municipio y centro provincial de genética médica. Como mínimo deben conservarse dos niveles de atención.

- 12.20. Realizar consulta municipal por el especialista de mayor calificación, seleccionado por el equipo provincial, en el lugar de mayor tecnología diagnóstica del municipio, y facilitar el nivel de accesibilidad de las pacientes.
- 12.21. Remitir a un nivel superior de confirmación diagnóstica a todas las gestantes con alteraciones en los parámetros de este estudio.
- 12.22. Realizar estudio a todas las gestantes para la detección precoz y prevención de la anemia por hemáties falciformes, por el médico de atención primaria de salud, que realizará la indicación de electroforesis de hemoglobina en la consulta de captación de embarazo.

Toda gestante en la que se detecte un genotipo de hemoglobina anormal (AS, AC, SS, SC, CC), será citada, con su pareja, a la consulta de asesoramiento genético de su municipio o área de salud; se realizará la indicación del estudio de electroforesis de hemoglobina al esposo para conocer si constituyen una pareja de alto riesgo para tener un hijo enfermo.

Si la electroforesis de hemoglobina demuestra que ambos miembros de la pareja portan una variante de hemoglobina anormal (pareja de alto riesgo), se realizará sesión de asesoramiento genético por el genetista clínico del territorio, donde se les explicará el riesgo genético probabilístico de tener un hijo afectado, las características clínicas de la enfermedad, su pronóstico, disponibilidades terapéuticas; además, se les brindará la opción de realizar el estudio prenatal molecular para definir el genotipo de hemoglobina que presenta el feto y lo relativo al proceder.

- 12.23. Realizar estudio prenatal molecular, en caso de que la pareja opte por este estudio, y se procederá a la lectura y firma del modelo de consentimiento informado previo a su realización.

El estudio molecular, en todos los casos, se indicará entre las 15 y 22 semanas de edad gestacional.

Ante el diagnóstico de un feto enfermo (genotipo SS, SC, CC) se ofrecen a la pareja, como parte del asesoramiento genético, las opciones por las que puede decidir; terminación voluntaria del embarazo o continuación de la gestación. Si elige la terminación voluntaria del embarazo, el genetista clínico correspondiente coordinará, con el hospital ginecobstétrico, el ingreso de la paciente para realizar el proceder.

En caso que la pareja opte por continuar la gestación, el asesor genético tiene el deber de comunicarlo en la reunión de estrategias del Programa Nacional de Atención Materno

Infantil (PAMI) de su territorio, con el propósito de que se creen las condiciones necesarias para informar al equipo que atenderá a la madre y al recién nacido, así como ofrecer una estrecha atención al bebé en consulta especializada de hematología y por el equipo básico de trabajo en su área de salud.

Como parte del asesoramiento genético, el asesor genético ofrecerá la opción de estudiar al lactante mediante la realización de electroforesis de hemoglobina, a partir de los 6 meses de edad.

12.24. Realizar la indicación del estudio de la alfafetoproteína en la consulta de captación, por el médico de asistencia que atiende la gestante, para la detección de defectos de cierre del tubo neural. Este examen debe hacerse entre las 15 a 19 semanas de edad gestacional, preferiblemente en la semana 16.

12.25. Evaluar la indicación del estudio de la alfafetoproteína, por el asesor genético, en la consulta de clasificación de riesgo, donde se rectificará la fecha de realización de este a partir de la edad gestacional corregida por ultrasonido del primer trimestre.

12.26. Informar el resultado del estudio a la gestante, por su médico de asistencia, en la consulta de asesoramiento genético.

A las gestantes con resultado elevado del estudio de la alfafetoproteína (superiores o iguales a 2.0 MoM) se les ofrecerá la posibilidad de realizar un ultrasonido genético en busca de defectos congénitos fetales asociados con alfafetoproteína (AFP) elevada.

Este ultrasonido se realizará en el segundo nivel de atención y, en caso de constatarse algún signo de sospecha sugestivo de defecto congénito, la gestante será remitida hacia el tercer nivel de atención.

Si se trata de una gestante con cifras de alfafetoproteína elevada sin causa aparente y ultrasonido normal, se continuará seguimiento en consulta de genética, hasta la edad gestacional que el especialista considere según criterio clínico. También se mantendrá el seguimiento por el obstetra del área de salud, al resultar este estudio un marcador de bienestar fetal.

En gestantes en la que se constaten cifras de alfafetoproteína bajas (iguales o inferiores a 0.25 MoM), serán consultadas por su médico de asistencia con el obstetra del área de salud, considerando el valor del estudio como marcador de bienestar fetal.

Si se constata la presencia de un defecto congénito incompatible con la vida, que ponga en peligro la vida o afecte la calidad de vida del futuro recién nacido, se le ofrecerá a la pareja, como parte del asesoramiento genético, las opciones por las que puede decidir (terminación voluntaria de la gestación o continuación de la gestación).

La gestante que opta por la terminación del embarazo frente al defecto congénito diagnosticado, deberá ser reevaluada en consulta de genética, con la participación del genetista clínico que atiende el territorio y el asesor genético, al mes de realizada la terminación; en este momento se le informará el resultado del análisis de la anatomía patológica fetal y se le ofrecerá asesoramiento genético.

En caso que la pareja opte por continuar la gestación, el asesor genético, debe informarlo en la reunión de estrategias del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) de su territorio, con el propósito de que los directivos creen las condiciones necesarias, para informar al equipo que atenderá a la madre y al recién nacido; así como ofrecer una estrecha atención

al recién nacido por el equipo básico de trabajo en su área de salud y, a su vez, brindar seguimiento clínico y ultrasonográfico en el tercer nivel de atención, con la periodicidad determinada por el genetista y el ultrasonografista que los atienden.

12.27. Ofrecer a todas las gestantes el estudio de detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del segundo trimestre de la gestación que debe ser realizado entre las 20 y las 22 semanas de edad gestacional, que tiene como objetivos contribuir a: corroborar la edad gestacional y el crecimiento fetal, identificar anomalías estructurales e identificar la presencia de marcadores suaves de cromosomopatías.

Siempre que las posibilidades tecnológicas y de recursos humanos lo permitan se trabajará en tres niveles de atención: área de salud, municipio y centro provincial de genética médica (CPGM). Como mínimo deben conservarse dos niveles de atención.

En aquellos municipios con un solo nivel en atención primaria de salud, deberá existir separación temporal de las consultas de pesquisaje y las de evaluación de gestantes con riesgo incrementado de defectos congénitos.

Los tiempos estimados de evaluación de gestantes son de 25 a 30 min en el ultrasonido del segundo trimestre. Debe evitarse evaluar en la misma jornada gestantes de primer y segundo trimestre, así como jornadas continuas de más de 15 gestantes. No se interferirán los servicios de ecografía prenatal con atención a otras indicaciones de ultrasonido.

Ante la sospecha de defectos congénitos fetales, las gestantes deben ser remitidas a un nivel superior de atención. En estos casos, las remisiones serán realizadas en tiempo menor a 72 h, con coordinación entre los servicios; y siempre que sea posible con la presencia de sus especialistas de la atención primaria de salud.

Serán remitidas a los servicios de referencia nacional aquellas gestantes con fetos en los que se identifiquen signos sugestivos de defectos congénitos o enfermedades genéticas, en los que no resulte posible precisar diagnóstico en el tercer nivel de atención o en la consulta de ecocardiografía fetal, según el caso, o aquellas que necesiten de un examen específico que solo se realice en este nivel.

12.28. Remitir a la gestante en riesgo hacia la consulta de asesoramiento genético del área, por el especialista en Medicina General Integral, una vez realizada la captación del embarazo, para realizar el diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas por estudios citogenéticos para gestantes con riesgo incrementado de tener descendientes afectados.

12.29. Ofrecer a todas las gestantes el estudio para la detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del tercer trimestre de la gestación que debe ser realizado entre las 30 y las 32 semanas de edad gestacional.

Aspectos a considerar en el proceso de detección de defectos congénitos por ultrasonido genético del tercer trimestre de la gestación:

- Siempre que las posibilidades tecnológicas y de recursos humanos lo permitan se trabajará en tres niveles de atención: área de salud, municipio y centro provincial de genética médica. Como mínimo deben conservarse dos niveles de atención.
- Ante la sospecha de defectos congénitos fetales las gestantes deben ser remitidas a un nivel superior de atención. Las remisiones a niveles superiores serán realizadas en tiempo menor a 72 h, con la coordinación entre los servicios y con la presencia de sus especialistas en la atención primaria de salud.

- Serán remitidas a los servicios de referencia nacional aquellas gestantes con fetos en los que se identifiquen signos de sospecha sugestivos de defectos congénitos o enfermedades genéticas en los que no resulte posible precisar diagnóstico en el tercer nivel de atención o en la consulta de ecocardiografía fetal, según el caso, o aquellas que necesiten de un examen específico que solo se realice en este nivel.
- Los centros de referencia nacional son: Centro Provincial de Genética Médica de La Habana, ubicado en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro para la referencia de la ultrasonografía prenatal general; Cardiocentro Pediátrico William Soler para la referencia de la ultrasonografía prenatal de defectos cardiovasculares.
- En caso de confirmación de un defecto por encima de las 26 semanas, en los centros de referencia nacional se ofrecerá, como parte del asesoramiento genético, la terminación voluntaria excepcional del embarazo sin límites de edad gestacional. Debe tenerse en cuenta que el defecto diagnosticado sea severo, con amenaza para la vida fetal, capaz de provocar una muerte temprana y afectar severamente la calidad de vida del futuro individuo.

12.30. Realizar la identificación del riesgo genético en el recién nacido o lactante, en el contexto de las consultas de evaluación de riesgo del lactante, habilitadas en los servicios de genética de cada área de salud.

Evaluación mediante examen físico y clasificación del riesgo genético en recién nacidos y hasta el tercer mes de vida.

Estas consultas aseguran la evaluación de todos los recién nacidos del área antes de los tres meses de vida, con prioridad en el primer mes de los recién nacidos de madres con riesgo genético incrementado.

Esta consulta es llevada a cabo por el Máster en Asesoramiento Genético.

Los lactantes se clasificarán en:

- Bajo riesgo genético: aquellos en los que no existen, en el momento de la evaluación, evidencias clínicas de enfermedades genéticas o factores de riesgo a ellas asociadas. Su manejo será en consultas de puericultura de las áreas de salud.
- Riesgo genético incrementado: aquellos en los que existe, en el momento de la evaluación, evidencias clínicas de enfermedades genéticas o factores de riesgo a ellas asociadas. Su manejo será por el genetista clínico y el equipo multidisciplinario.

12.31. Realizar, en la atención primaria de salud, la pesquisa de enfermedades heredometabólicas: hiperfenilalaninemia, galactosemia, deficiencia de biotinidasa, hipotiroidismo congénito, hiperplasia adrenal congénita y fibrosis quística.

Pesquisa neonatal de enfermedades heredometabólicas

Se realiza a través de la toma de muestra de sangre colectada sobre papel de filtro, por punción del talón, a todos los recién nacidos, en el quinto día de nacidos; en el caso que esté ingresado en el servicio de neonatología por más de 5 días, se colectará la muestra por el mismo procedimiento; al igual que aquellos niños que son ingresados en las unidades de cuidados intensivos inmediatamente después de su nacimiento.

Las muestras son procesadas en la red nacional de laboratorios SUMA.

Los resultados negativos del tamizaje se entregarán al área de salud y el médico de asistencia informará estos en la consulta de puericultura.

Los casos con valores elevados se localizan de inmediato mediante la red nacional de genética, para su confirmación bioquímica o molecular en los laboratorios del Centro Nacional de Genética, si se trata de sospecha de hiperfenilalaninemia, galactosemia, deficiencia de biotinidasa y fibrosis quística. En los casos del hipotiroidismo congénito y la hiperplasia adrenal congénita, el diagnóstico confirmatorio será llevado a cabo por el Instituto de Endocrinología.

Las madres de los recién nacidos que resultan positivos al test de confirmación en los laboratorios del Centro Nacional de Genética recibirán, además, asesoramiento genético.

El resultado negativo del estudio confirmatorio se informará a los padres por su médico de asistencia y en consulta de asesoramiento genético.

En caso de recién nacidos con resultado positivo en la confirmación, la enfermera de genética procederá inmediatamente a la localización y la citación a la consulta multidisciplinaria provincial (consulta de errores innatos del metabolismo), donde se realizará la valoración clínica del caso y se ofrecerá asesoramiento a la pareja.

Objetivo 13. Desarrollar el tratamiento intrauterino de las anomalías congénitas, incluidas la medicina y cirugía fetal

13.1 Elevar la calidad del diagnóstico prenatal ultrasonográfico y la atención de la gastrosquisis y la hernia diafragmática.

13.1.1. Realizar cursos de perfeccionamiento sobre el diagnóstico y manejo integral del recién nacido portador de malformaciones congénitas digestivas.

13.1.2. Mantener cursos de recalificación a cirujanos pediatras.

13.2. Preparar las condiciones estructurales y los recursos humanos para el inicio de la medicina y la cirugía fetal.

13.2.1. Crear equipo de trabajo conformado por: cirujano neonatal, obstetra, anestesiólogo y licenciado en enfermería, de los hospitales Enrique Cabrera y William Soler, de La Habana.

13.2.2. Preparar las condiciones estructurales en los salones donde se realizarán las intervenciones quirúrgicas.

13.2.3. Preparar al personal que le dará seguimiento a la gestación y parto del feto intervenido.

Los tratamientos intrauterinos pueden ser:

- Transplacentario.
- Cirugía guiada.

Tratamiento transplacentario. Consiste en la administración de medicamentos al feto a través de la madre. Son fármacos que pasan fácilmente la barrera placentaria y son bien tolerados por la madre.

Cirugía fetal guiada. Con esta técnica se tratan algunas malformaciones como la hidrocefalia, hidronefrosis y algunas formas de hidrops fetales. Consiste en puncionar o colocar un catéter bajo control ecográfico al feto y evacuar el acúmulo patológico de líquido cefalorraquídeo o de orina, disminuyendo su presión.

También se utiliza en los gemelos con circulación cruzada que desarrollan el síndrome de transfusión gemelo a gemelo.

Objetivo 14. Reducir el bajo peso al nacer, atendiendo con calidad al diagnóstico, prevención y tratamiento temprano del parto pretérmino, y la restricción del crecimiento intrauterino

- 14.1. Desarrollar acciones para disminuir la prevalencia del embarazo en la adolescencia:
 - 14.1.1. Promover que los adolescentes se beneficien de las acciones de planificación familiar.
 - 14.1.2. Divulgar la información correcta sobre el método de regulación menstrual.
- 14.2. Disminuir la prevalencia del hábito de fumar en la población.
 - 14.2.1. Divulgar dentro de la población la mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, especialmente entre las embarazadas fumadoras.
 - 14.2.2. Promover que toda mujer fumadora deje este mal hábito, al menos durante el embarazo y la lactancia.
- 14.3. Promover un buen estado de salud nutricional de la embarazada.
 - 14.3.1. Identificar durante la atención prenatal las gestantes con una malnutrición.
 - 14.3.2. Realizar la valoración nutricional de la embarazada, en cada consulta, haciendo énfasis en la curva de ganancia de peso.
 - 14.3.3. Brindar atención especial a la gestante con una mala nutrición.
 - 14.3.4. Promover el ingreso en hogares maternos, hospitales o en los dos, de aquellas embarazadas con una mala nutrición importante.
 - 14.3.5. Mantener la vinculación de las gestantes en régimen externo (diurno), que puedan obtener los beneficios del hogar materno en cada territorio.
 - 14.3.6. Vincular a las embarazadas, con riesgo nutricional importante, a centros laborales que puedan facilitar un incremento al aporte nutritivo, teniendo en cuenta para esta acción la cercanía al lugar de residencia de la gestante.
 - 14.3.7. Integrar al especialista en nutrición del territorio, directamente, como parte del grupo de trabajo de atención a gestantes con mala nutrición.
- 14.4. Dispensarizar, como grupo de riesgo, a las mujeres con historia de abortos del segundo trimestre y partos de recién nacidos con bajo peso.
 - 14.4.1. Estudiar exhaustivamente a toda gestante que haya tenido un aborto del segundo trimestre o un parto de niño con bajo peso, para determinar posibles causas de este y aplicar las medidas terapéuticas específicas.
 - 14.4.2. Proteger con métodos anticonceptivos a estas mujeres, hasta que se determine el momento oportuno para iniciar otro embarazo.
 - 14.4.3. Brindar educación por parte del médico y la enfermera de la familia a estas mujeres, sobre las medidas a tomar para proteger su embarazo, alertándolas sobre los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino.
 - 14.4.4. Identificar precozmente, durante el embarazo, las gestantes con alto riesgo, para evitar la restricción del crecimiento intrauterino y el parto pretérmino
 - 14.4.5. Aplicar las innovaciones tecnológicas de informatización, como:

- Software SALGEN: tecnologías de infocomunicación relacionadas con aspectos de la atención genética y obstétrica de la gestante que contribuye a perfeccionar la organización de la actividad asistencial y proporciona a los profesionales las facilidades para la evaluación de gestantes y la toma de decisiones en las pacientes atendidas.
 - Software PRECON: eleva la calidad de la atención al riesgo preconcepcional, facilita el trabajo del equipo de salud previo al embarazo a fin de garantizar que la mujer fértil llegue a ese momento en las mejores condiciones posibles.
- 14.4.6. En las unidades hospitalarias que realizan partos se digitalizaran los registros, lo que facilitara rapidez en análisis científicos, además de humanizar la gestión documental de este vital evento.
 - 14.4.7. Identificar, desde las primeras consultas prenatales, las gestantes con riesgo de parto pretérmino.
 - 14.4.8. Realizar el pesquisaje de las infecciones cervicovaginales como posible causa de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.
 - 14.4.9. Establecer con exactitud la edad gestacional desde la primera consulta, para seguir evolutivamente el crecimiento fetal. Interpretar y controlar la curva de ganancia de peso de las gestantes y el crecimiento de la altura uterina.
 - 14.4.10. Estudiar, en las gestantes con riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, la biometría fetal, mediante el ultrasonido en los lugares donde esto es factible.
 - 14.4.11. Lograr el ingreso oportuno, en el hospital cuando haya evidencia de parto pretérmino o de restricción del crecimiento intrauterino,
 - 14.4.12. Lograr el ingreso en el domicilio, o en el hogar materno, de gestantes que presenten riesgo de prematuridad o restricción del crecimiento intrauterino.
 - 14.4.13. Ingresar a la gestante con un embarazo gemelar desde las 20 semanas y hasta el término de este en el hogar materno, o en el hospital en caso de concomitar una afección asociada; solamente en condiciones excepcionales, se ingresará en su domicilio con seguimiento diario por el grupo básico de trabajo (GBT).
 - 14.4.14. Identificar, desde las primeras consultas prenatales, las gestantes con riesgo de parto pretérmino definiendo los factores de riesgos y descartando la incompetencia cervical la realización de cerclaje profiláctico antes de las 16 semanas, terapéutico entre las 18 y 20 semanas de gestación y excepcional antes de las 25,6 semanas, uso de pesario y tratamiento con progesterona de depósito o por vía vaginal.
 - 14.4.15. Realizar el pesquisaje de las infecciones cervicovaginales como posible causa de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.
 - 14.4.16. Establecer con exactitud la edad gestacional corregida por ultrasonido del primer trimestre desde la primera consulta, para poder seguir evolutivamente el crecimiento fetal.

- 14.4.17. Interpretar y controlar la curva de ganancia de peso de las gestantes y el crecimiento de la altura uterina.
- 14.4.18. Estudiar, en las gestantes con riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, la biometría fetal, mediante el ultrasonido en los lugares donde esto es factible (consulta de salud fetal), consulta de perinatología a nivel municipal.
- 14.5. Instruir a las gestantes sobre la importancia de la detección precoz del parto pretérmino, y entrenarla en la autodetección de contracciones indoloras mediante la palpación.
- 14.5.1. Realizar, por el médico, una observación prolongada entre 1 y 3 h, como mínimo, a toda gestante en la que se compruebe un patrón aumentado de la actividad uterina y proceder a su remisión si este se mantiene.
- 14.5.2. Entregar a las gestantes, plegables o sueltos que contengan la información siguiente frente a los síntomas sutiles de parto pretérmino: contracciones uterinas siguiendo un patrón regular, mantenidas durante 1 h, dolorosas o indoloras; dolor o presión lumbar en las caderas; dolor abdominal bajo; retortijones abdominales con o sin diarreas o indigestión; cambio en las pérdidas vaginales.
- 14.5.3. Valorar a la gestante por el especialista en ginecoobstetricia, a su llegada al cuerpo de guardia del hospital.
- 14.5.4. Prever oportunamente el nacimiento de un recién nacido con bajo peso para realizar el traslado intraútero a los hospitales de referencia, para la atención del bajo peso al nacer, que cuentan con las mejores condiciones para este tipo de parto, a los que se les brinden los recursos mínimos necesarios.
- 14.5.5. Prevenir la sepsis, la hipoxia y la enfermedad de membrana hialina, con la aplicación de las conductas perinatológicas establecidas en las salas de cuidados intensivos anteparto y en las salas de partos.
- 14.5.6. Atender por el personal médico (obstetra, neonatólogo) de mayor calificación en el equipo de guardia, todo parto pretérmino con edad gestacional de 34 semanas o menos, aplicar criterios actuales de reanimación ante el recién nacido con bajo peso y ofrecer óptimas condiciones de traslado al servicio de neonatología.
- 14.5.7. Utilizar para la evaluación del riesgo de prematuridad por incompetencia cervical se realizará sobre la base de la puntuación propuesta por la Dra. C. Gladys Cruz Laguna que aparece a continuación (tablas 3 y 4).

Puntuación para la profilaxis de la prematuridad:

1. Bajo riesgo para la prematuridad: responde al puntaje de cero a uno.
2. Riesgo incrementado para la prematuridad: dos puntos.
3. Alto riesgo de prematuridad: de tres a cinco puntos.
4. La inminencia de prematuridad responde al puntaje de seis o más puntos.

Tabla 3. Evaluación del riesgo de prematuridad por incompetencia cervical, propuesta por la doctora Gladys Cruz Laguna

| Parámetro | Tamaño | Evaluación |
|---|------------|--|
| Longitud cervical | ≥30 mm | Es la medición del canal cervical entre los orificios interno y externo |
| | 29 – 25 mm | |
| | 24 – 21 mm | |
| | 20 – 16 mm | |
| | ≤15 mm | |
| Permeabilidad del orificio cervical interno | <5 mm | Es la dilatación del orificio cervical interno, cuyo vértice se encuentra en el canal cervical |
| | 5 – 9 mm | |
| | ≥10 mm | |
| Prueba de estrés | Positiva | Acortamiento cervical de 8 mm o más al realizar presión fúndica uterina |
| | Negativa | |
| Protrusión de membranas | Sí | Es la protrusión de las membranas amnióticas en el canal cervical |

Tabla 4. Puntuación según las características cervicales, propuesta por la doctora Gladys Cruz Laguna

| Características cervicales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----------|------------|------------|------------|----------|
| Longitud cervical | ≥30 mm | 29 – 25 mm | 24 – 21 mm | 20 – 16 mm | ≤15 mm |
| Permeabilidad del orificio cervical interno | Cerrado | | | 5 – 9 mm | ≥10 mm |
| Prueba de estrés | Negativa | Presente | | | Positiva |
| Protrusión de membranas | Ausente | | | | |

14.6. Elevar la calidad de los cuidados intensivos neonatales.

- 14.6.1. Evitar el intervencionismo exagerado en este tipo de paciente.
- 14.6.2. Extender, según posibilidades, el uso del surfactante en recién nacidos pretérminos ventilados, con síndrome de dificultad respiratoria.
- 14.6.3. Aplicar los criterios clínicos y paraclínicos posibles para lograr un diagnóstico precoz de las infecciones del recién nacido y lograr su tratamiento oportuno.
- 14.6.4. Mejorar la calidad del diagnóstico microbiológico en las infecciones del recién nacido.
- 14.6.5. Administrar leche materna a todos los recién nacidos con bajo peso y vigilar su adecuada recuperación nutricional.
- 14.7. Incrementar los conocimientos sobre el bajo peso al nacer.
- 14.8. Realizar entrenamientos especializados en medicina perinatal para obstetras, pediatras, neonatólogos y especialistas en Medicina General Integral.
- 14.9. Promover el apoyo social y familiar a las gestantes con alto riesgo.
 - 14.9.1. Contribuir a la disminución de los estados de ansiedad de las gestantes, identificando los problemas y conflictos que la preocupen, y ayudándola a buscarle solución.

- 14.9.2. Aplicar y desarrollar el programa de maternidad y paternidad responsable.
- 14.9.3. Lograr que en todos los lugares y servicios públicos se ofrezca una atención preferencial a las embarazadas.
- 14.10. Incrementar la educación para la salud en relación con el bajo peso al nacer.
- 14.10.1. Brindar información a la población, mediante los medios de comunicación social, sobre el bajo peso al nacer.
- 14.10.2. Brindar información y contenidos educativos a las distintas organizaciones de masas, CDR, FMC, CTC, SNTS, ANAP, FEEM, FEU y otros, sobre aspectos relacionados con este rubro, encaminados a lograr una mayor divulgación; promover medidas o indicaciones que puedan limitar, restringir, e inclusive eliminar, algunos de los factores causales del bajo peso al nacer, como el embarazo en la adolescencia, el hábito de fumar, infecciones ginecológicas, malos hábitos alimentarios y otros.
- 14.10.3. Promover la confección de carteles, vallas, videos, películas, folletos y caricaturas en relación con este tópico; estimular la participación de la comunidad en su confección y divulgación posterior.
- 14.11. Brindar educación directa a la población por parte del médico y la enfermera de la familia, que haga énfasis en los siguientes aspectos:
- Riesgos del embarazo en la adolescencia.
 - Estado nutricional de la mujer y su repercusión sobre el embarazo.
 - Importancia del aumento de peso en las gestantes.
 - Alimentación de la embarazada.
 - Ejercicio y reposo durante la gestación.
 - Lactancia materna.
 - Métodos anticonceptivos y planificación familiar.
 - Daño del tabaco al organismo.
 - Infecciones cervicovaginales y su relación con la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino.
- 14.12. Brindar educación colectiva en consultas del médico de la familia, consultas de policlínicos y hospitales, salas de espera y hospitalización, por parte no solo del médico, sino de psicólogos, enfermeras, dietistas, trabajadores sociales y demás técnicos de la salud.
- 14.13. Promover la confección de literatura médica que aborde la profilaxis del bajo peso al nacer.

Objetivo 15. Perfeccionar la calidad de atención médica que reciben las gestantes en los hogares maternos y optimizar la utilización de las camas

Actividades del hogar materno

El hogar materno desarrollará actividades asistenciales para el cumplimiento de las acciones establecidas para la atención prenatal, con el propósito de realizar los procesos continuos de atención (pase de visita diario con toma de signos vitales y cumplimiento de las acciones establecidas en la metodología de la atención prenatal) por un especialista en

Ginecología y Obstetricia, o especialista en Medicina General Integral certificado, el que es responsable de:

- Dirigir la estrategia a prevenir e identificar tempranamente, los factores de riesgo obstétricos y otros daños a la salud materna y fetal.
- Indicar los estudios complementarios programados, incluida la ecografía; la vacunación, la atención estomatológica, la preparación psicofísica para el parto y el cumplimiento de los estudios para la pesquisa de diagnósticos genéticos prenatales.
- Brindar asesoramiento técnico y asistencial por los especialistas de obstetricia del área.
- Ofrecer pase de visita colectivo, teniendo como frecuencia mínima una vez por semana, donde deberán participar todos los profesores de las especialidades que conforman el grupo básico de trabajo, incluyendo además los responsables de las consultas de nutrición.
- Participar y conducir activamente el pase de visita colectivo por el especialista en Ginecología y Obstetricia que atiende el Programa Nacional de Atención Materno Infantil en el área de salud, que tendrá dentro de sus funciones:
 - Realizar las interconsultas con el resto de las especialidades que individualmente requiera cada gestante.
 - Mantener por el grupo básico de trabajo el control de la atención integral que recibe su gestante en la institución.
 - Realizar semanalmente, a cada embarazada, por el especialista de asistencia de conjunto con el nutricionista, la evaluación nutricional (curva de peso, altura uterina y reajuste de la dieta) lo cual quedará evidenciado en la historia clínica y, además, explorará el consumo y tolerancia de las sales de hierro, vitaminas y micronutrientes.

La dirección del policlínico tiene las responsabilidades siguientes:

- 15.1. Controlar los casos de gestantes que necesitan ingreso en el hogar materno, con una relación detallada de cada una (por ejemplo, las que tienen embarazo múltiple y deben ingresar en una fecha determinada), y avisar a la gestante de la fecha de su ingreso, previendo el momento en que el hogar materno, tendrá una prealta y de este modo lograr el índice ocupacional cercano al 100 %.
- 15.2. Ofrecer al personal médico y de enfermería un sistema de preparación continuo, fundamentado en los procedimientos y protocolos metodológicamente actualizados.
- 15.3. Fomentar la intersectorialidad, a través de los convenios establecidos por cada sector y exigir su cumplimiento
- 15.4. Enviar información diaria al gobierno municipal sobre la situación del abastecimiento alimentario al hogar materno.

Objetivo 16. Elevar la calidad del trabajo de las salas de cuidados especiales materno perinatales y reducir la mortalidad perinatal

Cuidados materno perinatales, parto y preparatos:

- 16.1. Dotar con una sala de cuidados especiales maternos perinatales a cada servicio de ginecobstetricia con más de 1000 partos anuales.

- 16.2. Consolidar la atención y el control sobre el binomio materno fetal, así como de los indicadores para la toma de decisiones y evaluación del momento oportuno para la finalización del embarazo, con bienestar materno, fetal y neonatal.
 - 16.2.1. Certificar los servicios de cuidados maternos perinatales, parto y prepartos.
 - 16.2.2. Actualizar sistemáticamente los protocolos y guías de buenas prácticas, basadas en este programa y los resultados de los servicios, avaladas por el consejo científico de cada institución, con la revisión y evaluación de los resultados con periodicidad no mayor de 2 años.
 - 16.2.3. Certificar los recursos humanos de los servicios de cuidados maternos perinatales, parto y preparto con atención médica y de enfermería especializada de forma continua las 24 h.
 - 16.2.4. Capacitar al personal mediante diplomados territoriales o nacionales en perinatología, con una periodicidad como mínimo cada 2 años, para ofrecer el reciclaje y certificación de nuevos perinatólogos en cada institución.
 - 16.2.5. Ofrecer maestría en perinatología o medicina materno fetal.
 - 16.2.6. Elevar el número de perinatólogos acreditados en ecografía y fluxometría Doppler.
 - 16.2.7. Realizar revisión y evaluación del cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso en los servicios de cuidados maternos perinatales, para ofrecer el uso óptimo y eficaz del recurso cama, evaluando comportamiento de los indicadores del servicio.
 - 16.2.8. Establecer registro continuo y computarizado del servicio, para la revisión sistemática de la morbilidad (sistema informático perinatal).
 - 16.2.9. Mantener la estructura y el equipamiento completo del área para el servicio de cuidados maternos perinatales, parto y prepartos.

Atención a la morbilidad materna grave:

- 16.3. Estandarizar guías de auditorías de los servicios de ginecobstetricia, para la atención de la morbilidad materna grave.
- 16.4. Lograr, en el hospital que atiende morbilidad materna grave, el servicio de anestesiología y reanimación las 24 h.
- 16.5. Tener existencia de disponibilidad de hemoderivados en el banco de sangre.
- 16.6. Realizar supervisión sistemática del servicio de cuidados maternos perinatales, parto y unidad quirúrgica.
- 16.7. Revisar sistemáticamente los protocolos de los servicios de cuidados maternos perinatales, parto y preparto.
- 16.8. Realizar periódicamente exámenes de competencia y desempeño al personal médico y de enfermería.
- 16.9. Realizar simulacros en el manejo de la hemorragia obstétrica, con la correcta evaluación cualitativa y cuantitativa de las pérdidas sanguíneas.
- 16.10. Analizar mensualmente los resultados de los indicadores del servicio.
- 16.11. Discutir en colectivo el indicador de morbilidad para el ciento por ciento de los casos.

- 16.12. Evaluar el pase de visita docente asistencial, con la participación del servicio de neonatología y evidencia de las decisiones tomadas en equipo.
- 16.13. Ingresar en estas salas, a las gestantes que necesiten vigilancia especial sin estar en trabajo de parto.
- 16.14. Dotar con personal médico y paramédico de reconocida calificación las salas donde se brindan servicios a gestantes que necesiten vigilancia especial.
- 16.15. Ofrecer una atención especial a las gestantes ingresadas, por perinatólogos durante las 24 h.
- 16.16. Cumplir los protocolos establecidos para la atención de las pacientes con riesgo perinatal.
- 16.17. Hacer énfasis en la pesquisa de la malnutrición fetal como causa de muerte perinatal.
- 16.18. Atender el enfoque etiológico que determine las estrategias en el tratamiento de pacientes con amenaza de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).
- 16.19. Realizar una historia clínica perinatal completa a las gestantes ingresadas en el servicio.
- 16.20. Cumplir con la entrega de la planilla de morbilidad neonatal al servicio de neonatología, en los casos de alto riesgo neonatal.
- 16.21. Excluir la prescripción de medicamentos teratogénicos en las gestantes, e indicar solo los medicamentos necesarios.
- 16.22. Establecer medidas que disminuyen la morbilidad y mortalidad debido al parto pretérmino.
- 16.23. Detectar precozmente a las gestantes con criterio de cerclaje o pesario para la prevención de parto pretérmino.
- 16.24. Emplear la progesterona micronizada, o de depósito, en pacientes según criterios médicos establecidos.
- 16.25. Cumplir lo establecido en caso de amenaza de parto pretérmino.
- 16.26. Valorar adecuadamente la edad gestacional cuando se decide repetir una cesárea.
- 16.27. Realizar adecuadamente la inducción de la madurez pulmonar fetal y emplear dosis de reserva cuando se presente una nueva indicación y el criterio de finalización del embarazo.
- 16.28. Atender adecuadamente fase latente prolongada del trabajo de parto.
 - 16.28.1. Considerar la fase latente como prolongada a partir de 8 h, utilizando el misoprostol de 25 µg ajustando la dosis a la paridad como muestra el algoritmo.
 - 16.28.2. Cuando no se cumplan los criterios de inclusión para empleo del misoprostol, utilizar oxitocina a partir de 8 h.

Criterios de inclusión:

1. Criterios de terminación de embarazo (diagnóstico).
2. Embarazo a término.
3. Cuello inmaduro (test cervical menor de 7 puntos).
4. Pruebas de bienestar fetal funcionales normales (dadas por biometría funcional, cardiotocografía, perfil biofísico, doppler).

5. Presentación cefálica.
6. Feto único.
7. Peso fetal por evaluación clínica y ecográfica, menor o igual a 4000 g.
8. Consentimiento informado de la paciente.

16.28.3. Utilizar algoritmo para el tratamiento no invasivo de causa etiológica en la fase latente prolongada de parto, según paridad (fig. 2).

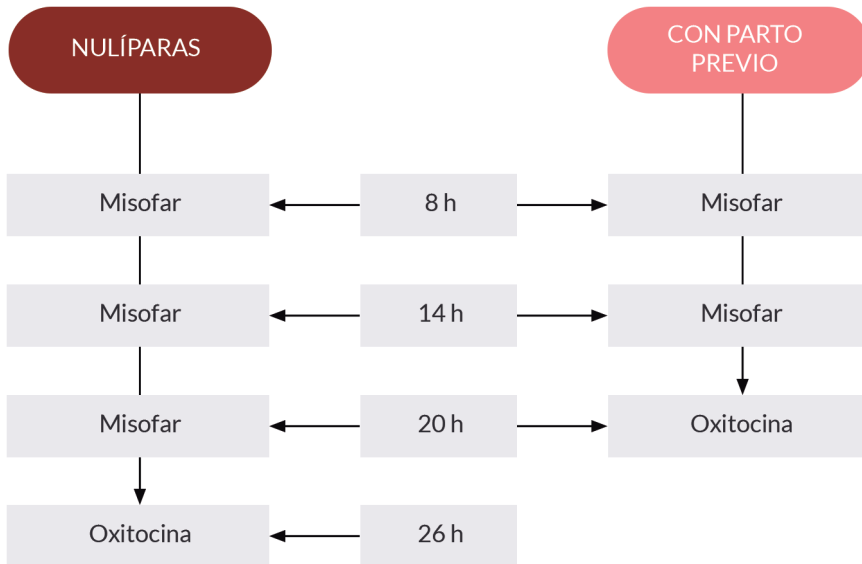


Fig. 2. Algoritmo para el tratamiento activo no invasivo de causa etiológica en la fase latente prolongada de trabajo de parto según paridad.

- 16.29. Conocer las causas de mortalidad perinatal a través del estudio necrópsico de las defunciones perinatales y con los criterios del Comité de Mortalidad Perinatal (Quebec modificado).
- 16.30. Conocer los factores obstétricos relacionados con las muertes perinatales utilizando la clasificación clínico patológica de Aberdeen.
- 16.31. Estudiar separadamente las tasas de mortalidad fetal anteparto e intraparto, distinguiendo entre las extrahospitalarias e intrahospitalarias.
- 16.32. Discutir cada muerte perinatal, a partir del examen de los factores contribuyentes y determinantes.

Acciones para elevar el desempeño en las unidades de cuidados especiales intraparto:

- 16.33. Dotar a los servicios de cuidados especiales intraparto de los equipos necesarios para que se pueda ofrecer una atención médica de máxima calidad de acuerdo con las prioridades que se establezcan.

- 16.34. Adiestrar al personal médico y paramédico en las nuevas técnicas que se emplearán en estos servicios.
- 16.35. Perfeccionar el registro de morbilidad materna y analizar los resultados obtenidos en estas unidades especiales.
- 16.36. Utilizar el misofar de 25 µg (microgramos) para la preinducción o remodelación cervical.
- 16.37. Emplear el protocolo de misofar como prostaglandina facilitadora en la rotura prematura de membranas y en la preeclampsia.

Protocolo para preinducción e inducción del parto con misofar

Objetivos:

- Alcanzar la remodelación del cuello del útero con misofar, durante el periodo de latencia, en pacientes con rotura prematura de las membranas.
- Obtener la remodelación cervical con misofar en pacientes con preeclampsia agravada, de manera simultánea con el tratamiento antihipertensivo en condiciones de urgencia relativa.

Es importante insistir que en este nuevo método se cumplirá con los criterios generales para la preinducción, establecidos en el protocolo general, pero tendrá la salvedad de poder utilizarse en edades gestacionales cerca del término, básicamente a partir de las 34 semanas.

Indicaciones y forma de uso:

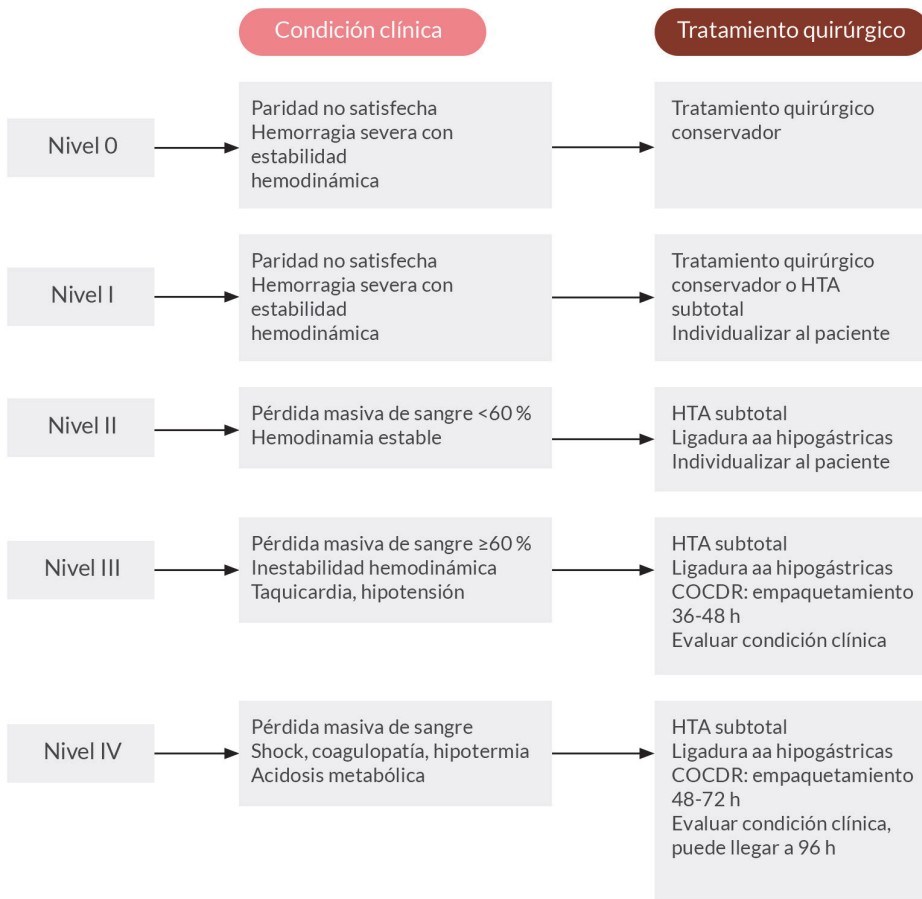
- Rotura prematura de membranas:
 - En embarazos a término y test cervical desfavorable a las 12 h de la rotura prematura de las membranas, iniciar el uso de antimicrobianos y administrar primera dosis de misofar 25 µg por vía vaginal.
 - Cuando alcance las 18 h de la rotura prematura de membranas (RPM), administrar segunda dosis de misofar, de mantener test cervical desfavorable.
 - Después de las 6 h de la segunda dosis (24 h de la rotura prematura de membranas), si no alcanzó la fase activa, pasar a partos para iniciar el tratamiento con Oxitocina.
 - En pacientes que han tenido conducta conservadora y alcanzan edad gestacional cerca del término (34 semanas) podrá emplearse el método facilitador cuando se decide la terminación del embarazo. En este grupo podrá llegar a emplearse entre 1 y 4 dosis de misofar, si se mantiene test cervical desfavorable, con diferencia de 6 h de intervalo, igual que como se explica anteriormente, iniciando la administración de oxitocina 6 h después de la última dosis.
 - En todas las pacientes realizar perfil de sepsis.
- Preeclampsia agravada:
 - Utilizar en pacientes a partir de las 34 semanas.
 - Este grupo de pacientes constituye una urgencia relativa, por tanto, el procedimiento se iniciará durante el propio periodo de compensación (de manera simultánea).
 - Podrá administrarse hasta dos dosis dependiendo de la situación clínica individual de cada paciente, después de lo cual iniciará el procedimiento con oxitocina.

Recordar que para el uso de misofar en estas indicaciones, deberán cumplirse el resto de los criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión) comprendidos en el protocolo nacional para el uso de este medicamento.

Objetivo 17. Lograr la óptima calidad en la atención del trabajo de parto, del parto y del puerperio, e implementar la asistencia al parto respetuoso

- 17.1. Revertir las posibles causas de la mortalidad infantil y materna, propiciando un parto seguro para la madre y su descendencia.
- 17.2. Lograr estabilidad en la permanencia de los equipos de trabajo para la atención del preparto y parto.
- 17.3. Discutir las preinducciones y las inducciones del parto, de conjunto entre el jefe de la sala, el jefe de preparto y el jefe del servicio de obstetricia.
- 17.4. Examinar, evaluar y establecer el pronóstico de toda gestante que ingrese en preparto, clasificándola en uno de los niveles de atención para su mejor seguimiento.
- 17.5. Vigilar continuamente el estado del feto y de la madre, así como de la progresión del trabajo de parto en toda parturienta; establecer en todos los casos un pronóstico.
- 17.6. Emplear sistemáticamente el partograma que transforma la intuición clínica en ciencia predictiva.
- 17.7. Usar las líneas de alerta, y acción y cálculo de velocidad de dilatación.
- 17.8. Controlar el foco fetal, cada 15 min como máximo, en todo trabajo de parto con riesgo (inducción del parto, líquido amniótico meconial).
- 17.9. Realizar cardiotocografía intermitente o continua durante el trabajo de parto, la inducción o el período expulsivo según riesgo.
- 17.10. Lograr la presencia física del médico como ejecutante o supervisor del 100 % de los partos.
- 17.11. Establecer vigilancia estricta durante el trabajo de parto, haciendo énfasis especial en evitar las muertes debidas a hipoxia intraparto y traumas.
- 17.12. Establecer y controlar las medidas de asepsia y antisepsia en la atención del parto.
- 17.13. Controlar que las instrumentaciones y las maniobras obstétricas sean ejecutadas por personal calificado y de mayor experticia.
- 17.14. Atender por personal médico calificado todo parto pretérmino entre las 32 y 36 semanas de edad gestacional.
- 17.15. Atender por personal de la mayor calificación en el hospital a toda gestante con parto pretérmino con edad gestacional de 32 semanas o menos, o menor de 36 semanas en presentación pélvica.
- 17.16. Cumplir los protocolos obstétricos para el trabajo de parto pretérmino.
- 17.17. Lograr la óptima calidad en la atención del trabajo de parto y del parto atendiendo a los cuidados personalizados con la participación de la enfermera obstétrica.
- 17.18. Cumplir los protocolos de asepsia y antisepsia en la conducción del trabajo de parto, así como durante el período de expulsión y alumbramiento.
- 17.19. Cumplir los protocolos médicos y de enfermería en los casos de rotura prematura o precoz de membranas.

- 17.20. Ofrecer la presencia permanente del neonatólogo en el salón de partos, especialmente cuando exista la sospecha de riesgo para el recién nacido.
- 17.21. Asegurar que todo el personal que realice partos esté debidamente entrenado en la reanimación del recién nacido y los equipos de guardia tengan presencia de personal capacitado para atender los diferentes eventos que puedan presentarse.
- 17.22. Ofrecer atención médica especial a toda parturienta con alto riesgo materno-fetal intraparto.
- 17.23. Realizar una cesárea solamente cuando está correcta y oportunamente indicada conociendo que es una cirugía de alto riesgo de complicaciones materno-fetales.
- 17.24. Tener como primer principio para la cesárea segura que esta se realice bajo una indicación médica.
- 17.25. Cumplir lo establecido en resolución de que la decisión final de la realización de una cesárea es competencia del especialista en ginecología y obstetricia y no de otra especialidad.
- 17.26. Decidir la realización de una cesárea siempre bajo la indicación de un equipo designado para su discusión científica durante el día y atendiendo a una segunda opinión durante la guardia.
- 17.27. Ofrecer el recurso médico calificado desde el punto de vista quirúrgico y anestésico, así como todos los aseguramientos de recursos materiales y hemoderivados.
- 17.28. Disminuir la cesárea por indicación médica de causa no obstétrica y controlar mediante protocolo las causas obstétricas puras y no realizar cesárea de causa social,
- 17.29. Cumplir estrictamente la vigilancia de la cesárea por el equipo de atención tanto en el puerperio inmediato, mediato y tardío.
- 17.30. Identificar cuidadosamente a las gestantes con riesgo de sangrar, para que sean jerarquizadas por personal calificado en el parto y posparto inmediato, tomándose todas las medidas pertinentes para la atención inmediata de esta complicación.
- 17.31. Realizar cuantificación de las pérdidas de sangre, mediante las pesas y cubos aforados, al 100 % de los partos.
- 17.32. Realizar alumbramiento activo con el empleo de oxitocina 10 unidades intramuscular (IM) en el 100 % de las pacientes.
- 17.33. Emplear, como estrategia ante la hemorragia obstétrica, la cirugía obstétrica inicial resolutive (COIR), atendiendo al algoritmo diseñado (fig. 3).
- 17.34. Indicar el estudio de placenta en todo parto de riesgo materno-perinatal.
- 17.35. Hacer determinación de pH del cordón umbilical a todo recién nacido que nazca con depresión al nacer, o por riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- 17.36. Realizar vigilancia estricta de la gestante o puerpera con riesgo de infección, o infección establecida, para su atención.
- 17.37. Atender el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, empleando la tromboprolifaxis con medidas de compresión venosa y utilizar heparina según protocolo establecido.



Legendas: aa: dos arterias; COCDR: cirugía obstétrica de control de daño resucitativo.

Fig. 3. Algoritmo para la ejecución de la cirugía obstétrica inicial resolutiva.

La cirugía obstétrica inicial resolutiva (COIR) es el procedimiento quirúrgico resolutivo secuencial y resolutivo que tiene como objetivo evitar reintervenciones quirúrgicas que aumenten el potencial de riesgo para mortalidad materna.

- 17.38. Emplear el nuevo modelo de probabilidad para el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa y el tromboembolismo pulmonar en el embarazo y puerperio (tablas 5 y 6).
- 17.39. Cumplir con el protocolo modificado de utilización de los trombolíticos en el tromboembolismo pulmonar (TEP) de alto riesgo durante el embarazo y puerperio.

Tabla 5. Modelo de probabilidad de Naméndez para la enfermedad tromboembólica venosa

| Variables | Puntos |
|----------------------------------|----------------------------|
| Várices y/o insuficiencia venosa | 2 |
| Cirugía previa | 2 |
| Reposo igual o mayor de 7 días | 2 |
| Infección | 1 |
| Antecedentes de aborto | 1 |
| Deshidratación | 1 |
| Obesidad | 1 |
| Variables clínicas | |
| Edema | 2 |
| Dolor en miembro inferior | 1 |
| Homans / Olow | 1 |
| Taquicardia en escalera | 1 |
| | Alta probabilidad ≥ 9 |
| | Mediana probabilidad 4 - 8 |
| | Baja probabilidad 0 - 3 |

Tabla 6. Modelo de probabilidad de Naméndez para tromboembolismo pulmonar

| Variables | Puntos |
|----------------------------------|----------------------------|
| Várices y/o insuficiencia venosa | 2 |
| Cirugía previa | 2 |
| Reposo igual o mayor de 7 días | 2 |
| Infección | 1 |
| Antecedentes de aborto | 1 |
| Deshidratación | 1 |
| Obesidad | 1 |
| Variables clínicas | |
| Falta de aire | 2 |
| Dolor torácico | 1 |
| Taquicardia | 1 |
| | Alta probabilidad ≥ 9 |
| | Mediana probabilidad 4 - 8 |
| | Baja probabilidad 0 - 3 |

- 17.40. Tomar las medidas pertinentes para la atención inmediata de las complicaciones.
- 17.41. Controlar, por el jefe de parto y preparto, y jerarquizar, por el jefe de la guardia, la indicación y realización de operaciones e instrumentaciones, así como la utilización de medicamentos analgésicos, oxitócicos y tocolíticos. En cada caso, deberá seleccionarse el cirujano con el nivel adecuado para la realización de la cesárea, de acuerdo con el grado de complejidad.
- 17.42. Cumplir lo establecido en relación con los cuidados inmediatos del recién nacido.
- 17.43. Cumplir los protocolos de atención al recién nacido de gestantes con rotura prematura de membranas.
- 17.44. Cumplir los protocolos de conducción, y traslado intra- y extrahospitalario del recién nacido, desde el salón de partos al servicio de neonatología, o de este al otro servicio.
- 17.45. Establecer control de las balanzas y técnicas de pesaje en todos los servicios de obstetricia, neonatología y anatomía patológica.
- 17.46. Revisar sistemáticamente el cuello, la vagina y el periné a toda parturienta, haciendo énfasis en la reparación del suelo perineal.
- 17.47. Cumplir con los protocolos de prevención y control de la infección hospitalaria.
- 17.48. Establecer precozmente la relación madre-hijo, colocando este en contacto con ella inmediatamente después del nacimiento.
- 17.49. Cumplir con la indicación de no realizar maniobra de Kristeller.
- 17.50. Estudiar la placenta por anatomía patológica y el líquido amniótico en microbiología, a criterio del especialista.
- 17.51. Implementar la asistencia al parto respetuoso desde un modelo que integra los derechos en salud sexual y reproductiva de la mujer.
 - 17.51.1. Prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.
 - 17.51.2. Dar una atención respetuosa a la maternidad, la cual deriva en la atención organizada, proporcionada a todas las mujeres de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
 - 17.51.3. Brindar a todas las mujeres el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto y el derecho de no sufrir violencia ni discriminación.
 - 17.51.4. Ofrecer apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto y permitir la presencia de un acompañante para la madre, que provea de apoyo psicoafectivo y contención emocional durante la etapa.
 - 17.51.5. Elaborar el plan de parto y nacimiento, que consiste en un documento que se confecciona durante la gestación, en el cual la gestante y su acompañante dialogan con los profesionales de salud, que les dan seguimiento desde el área de salud, para pautar acuerdos respecto al actuar médico que recibirán durante el parto y el nacimiento.

Aspectos del modelo de parto respetuoso

El parto respetuoso implica transformaciones radicales de la mirada medicalizada, en la cual el paciente es un ente pasivo, y objeto de atención y cuidados.

Los criterios del cuidado respetuoso durante el trabajo de parto y el parto apoyado en las recomendaciones de la OMS son:

- Reconocer a la madre, como protagonista.
- No interferir rutinariamente este proceso natural e intervenir solo ante una situación de riesgo evidente.
- Respetar el derecho de la gestante a una relación armónica y personalizada entre la pareja o acompañante y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención continua.
- Permitir libertad de movimientos y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto.
- Propiciar diferentes posiciones maternas durante el trabajo de parto:
 - Posición horizontal o litotomía.
 - Posición sentada o semisentada.
 - Posición vertical.
 - Posición parada.
 - En cuclillas.
 - Posición semidecúbito o reclinada.
 - De rodillas y a gatas.
 - Decúbito lateral.
- Proceder al contacto piel con piel inmediato, con su hijo recién nacido y dar lactancia materna inmediata.
- Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido encima del cuerpo de la madre siempre que el estado de salud de ambos lo permitan y continuar en el servicio de alojamiento conjunto.
- Condiciones operativas para la implementación del parto respetuoso:
- Ofrecer una atención respetuosa al parto por el personal de salud (médico y enfermeras).
- Recepción de la gestante con atención individualizada de cada caso, ajustada a las características propias de cada gestante:
- Dar a conocer a la gestante, el equipo médico y el lugar donde tendrá lugar el parto previamente al momento del parto.
- Ofrecer a la gestante y al acompañante ropa adaptada y cómoda para la atención respetuosa del parto/nacimiento
- Vigilar que el espacio donde transcurrirá el trabajo de parto tenga control de temperatura, evitar corrientes de aire y propiciar un espacio cálido, en especial durante el periodo expulsivo.
- Respetar las prácticas relacionadas a la atención del parto (creencias y costumbres) de su cultura y/o religión.
- Establecer una comunicación empática y respetuosa con la parturienta y su acompañante.
- Explicar de forma clara a la gestante y a su acompañante los procedimientos a realizar en cada caso.

- Permitir a la persona acompañante estar presente en todo el proceso del trabajo de parto y en las revisiones médicas que se le realicen a la embarazada.
- Controlar los signos vitales de la parturienta.

Período de dilatación. Fase latente y fase activa:

- 17.52. Priorizar una atención que protege la fisiología de parto/nacimiento y evitar intervencionismo para que la experiencia sea positiva para la mujer.

Período expulsivo:

- 17.53. Utilizar técnica alternativa: consistente en masajes perineales, aplicar compresas tibias, protección del periné ejerciendo presión firme sobre la zona durante la salida de la cabeza del feto.

- No se recomienda: el uso de rutina de la episiotomía y presión del fondo uterino.
- No realizar maniobras de Kristeller.

Período de alumbramiento:

- 17.54. Realizar manejo activo mediante el uso de uterotónicos.

- 17.55. Mejorar la calidad de la atención durante el puerperio.

17.55.1. Establecer una vigilancia estricta a la púérpera durante las primeras 4 h del posparto, dedicando camas determinadas para esta función.

17.55.2. Atender adecuadamente a las púérperas, haciendo énfasis en la vigilancia de los signos vitales, las pérdidas sanguíneas y la involución uterina, así como la detección temprana de los signos precoces de *shock*.

17.55.3. Vigilar las pérdidas sanguíneas mediante el pesaje de estas con las pesas destinadas a ese efecto y los cubos aforados.

17.55.4. Lograr el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la sepsis puerperal.

17.55.5. Exigir el cumplimiento de los protocolos obstétricos en la profilaxis de las infecciones.

17.55.6. Realizar esterilizaciones quirúrgicas en el puerperio inmediato a aquellas madres con riesgo materno y perinatal, por indicación médica y previa aceptación de la púérpera, por consentimiento informado.

17.55.7. Administrar, durante las 72 h del puerperio, globulina anti-D a todas las púérperas Rh negativo no sensibilizadas, con recién nacidos Rh positivos y Coombs negativos.

17.55.8. Realizar pases de visitas de calidad en el puerperio.

17.55.9. Otorgar el alta médica a las púérperas de parto fisiológico a las 48 a 72 h y la que tuvo una cesárea al quinto día del parto.

17.55.10. Enviar hoja de egreso, al médico de la familia o al policlínico, de toda púérpera al dar el alta hospitalaria.

17.55.11. Cumplir con el posgestograma de riesgo a nivel institucional y atención primaria.

17.55.12. Controlar el seguimiento al alta de púérperas de embarazos de riesgo, en las consultas de profilaxis de riesgo perinatal, orientando a las consultas de asesoramiento genético a las que lo necesiten.

- 17.55.13. Dar atención especial a las puérperas con complicaciones hemorrágicas, infecciosas, fenómenos tromboembólicos, durante todo su ingreso hospitalario.
 - 17.55.14. Realizar discusión, al egreso, de cada puérpera, examen físico ginecológico completo.
 - 17.55.15. Efectuar la contrarreferencia al área de salud, al momento del alta.
 - 17.55.16. Seguir el mismo enfoque que tuvo el gestograma de riesgo, en correspondencia a enfermedades preexistentes o inducidas por el embarazo.
- Acciones a implementar para la atención a las puérperas en atención primaria de salud:
- 17.56. Brindar seguimiento diario a las puérperas, por el médico y la enfermera de la familia.
 - 17.56.1. Realizar evaluación semanal por obstetra del equipo básico de trabajo.
 - 17.56.2. Ofrecer interconsulta con especialistas según enfermedad de base, asociada o inherente al embarazo.
 - 17.56.3. Visitar a la puérpera en el hospital o en el hogar, dentro de los 7 días que siguen al parto, por el médico de la familia o el ginecobstetra del área.
 - 17.56.4. Tener conocimiento diario del estado de la puérpera.
 - 17.56.5. Realizar una consulta médica de puerperio dentro de los 7 días siguientes al alta hospitalaria.
 - 17.56.6. Considerar la fisioterapia y la rehabilitación de las puérperas como parte integrante de la atención obstétrica, especialmente la rehabilitación de puérperas obesas con afecciones cardiorrespiratorias.
 - 17.56.7. Capacitar al personal médico y técnico para la atención al puerperio.

Objetivo 18. Reducir la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) y la mortalidad materna

- 18.1. Cumplir lo establecido para la atención de la gestante y la puérpera, atendiendo a los protocolos de atención.
- 18.2. Priorizar el control y el funcionamiento de la consulta de profilaxis del riesgo materno y perinatal, observando no solo el trabajo de los ginecobstetras, sino además a los internistas, cardiólogos, endocrinólogos, hematólogos, nefrólogos y otros especialistas.
- 18.3. Perfeccionar el trabajo en las salas de cuidados especiales materno perinatales para la atención de la gestante y la puérpera.
- 18.4. Vigilar que existan la cantidad necesaria de perinatólogos en los equipos de trabajo y durante la guardia.

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), necesita criterios de definición exactos para evitar subregistros o sobrerregistros. El aumento del número de mujeres con esta condición que sobreviven es expresión clara de la eficacia del sistema de salud.

Deberá, tenerse en cuenta, el criterio clínico específico de Mantel, la intervención realizada y el criterio de Westertone para la disfunción de órganos, siendo este el de más sensibilidad y especificidad.

- 18.5. Crear y hacer funcionar el comité de morbilidad materna extremadamente grave en cada institución, provincia y a nivel nacional, para la atención multidisciplinaria, que permita un análisis del proceso relacionado para el diagnóstico y tratamiento, y puedan realizarse comparaciones de los resultados en instituciones y provincias. Habrá una comisión nacional encargada del monitoreo, control y vigilancia.
- 18.6. Evaluar la morbilidad materna extremadamente grave, a partir de indicadores que permitan establecer la calidad del proceso realizado en cuanto a diagnóstico, tratamiento, resultado de auditorías, y funcionamiento del comité creado en cada instancia.
- 18.7. Evaluar los indicadores epidemiológicos de:
 - Razón.
 - Relación: morbilidad materna extremadamente grave/mortalidad materna.
 - Letalidad.
 - Prevalencia.
 - Morbilidad materna extremadamente grave por causa específica.
 - Mortalidad perinatal relacionada con la morbilidad materna extremadamente grave.
- 18.8. Designar un especialista de ginecobstetricia de la comisión de atención a la morbilidad y mortalidad materna, para que continúe la atención de aquellos casos remitidos a una unidad de terapia intensiva y tenga participación directa en la conducta que se siga con estas pacientes.
- 18.9. Constituir los comités de morbilidad materna extremadamente grave de las instituciones de salud que atienden estos casos, con similar metodología a la discusión de una defunción materna, porque en las instituciones donde el evento de muerte materna es de baja prevalencia y los casos son pocos, es de buena práctica extender el análisis a los casos de morbilidad grave.
- 18.10. Obtener información por los comités de morbilidad materna extremadamente grave, en relación con las causas, las demoras relevantes que existieron en la asistencia, las medidas de prevención a considerar y las acciones a tomar para evitar casos nuevos.
- 18.11. Destacar por los comités de morbilidad materna extremadamente grave, las acciones que llevaron al buen manejo clínico de la paciente, dado que se logró evitar el resultado negativo, que es la muerte.
- 18.12. Evaluar la respuesta de los comités de morbilidad materna extremadamente grave que permita tener retroalimentación sobre los hallazgos y la aplicación de las acciones para mejorar la calidad de atención y disminuir las demoras y fallas en la asistencia en futuros casos similares.
- 18.13. Aplicar el método de recogida de datos por el sistema automatizado HALO (*High Altitude Low Opening*) para la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en las instituciones, direcciones provinciales y la dirección nacional de salud, así como desarrollar informes periódicos que demuestren la prevalencia de la de morbilidad materna extremadamente grave y permitan entender los patrones locales de morbilidad y mortalidad, las estimaciones de las demoras, las fortalezas y las debilidades del sistema de referencia, y el uso de intervenciones clave basadas en la evidencia.
- 18.14. Analizar los casos de morbilidad materna extremadamente grave y desarrollar una cultura de seguridad de la paciente mediante la identificación de las brechas del

sistema y la aplicación de respuestas para minimizar el riesgo de muerte en mujeres embarazadas y puérperas.

- 18.15. Realizar cursos de actualización y superación para especialistas en Ginecobstetricia, Medicina Interna y Anestesiología, que laboran en hospitales con servicios de ginecobstetricia.
- 18.16. Velar por el trabajo óptimo de los comités de antibióticos en todos los hospitales y servicios obstétricos; vigilar los mapas microbianos y la acción de los antibióticos en el tratamiento de la infección ginecobstétrica.
- 18.17. Realizar discusión colectiva de las pacientes graves y de todas aquellas que lo requieran, dejando constancia de esta en la historia clínica, debiendo ser presidida por el jefe de servicio y jerarquizada por el director del hospital.
- 18.18. Cumplir con la función de las comisiones provinciales y territoriales multidisciplinarias en cada hospital o provincia, con el fin de elevar la calidad de la atención a pacientes en estado crítico, preservando la vida de la paciente.
- 18.19. Ejecutar todas las funciones de control de la comisión nacional de mortalidad materna: entrenamientos, talleres, análisis de las defunciones, revisión de los certificados de defunción, reparos, estudios de la pieza en anatomía patológica para confirmación diagnóstica.
- 18.20. Concluir cada discusión de muerte materna con la definición de si fue una defunción evitable o inevitable, y establecer un plan de medidas relacionado con las causas.
- 18.21. Trabajar con vistas a lograr tolerancia cero a la muerte materna evitable, básicamente por hemorragia, sepsis y embarazo ectópico.
- 18.22. Realizar en cada trimestre un recorrido a todas las provincias, por la comisión nacional, donde se analice el indicador de la mortalidad materna en cada hospital o provincia.
- 18.23. Mantener de manera sostenida un análisis de la mortalidad materna por causas, que permita realizar las estrategias preventivas desde la atención preconcepcional, con énfasis en la atención de salud primaria y secundaria, incluyendo el desempeño de las terapias intensivas.
- 18.24. Priorizar, por los servicios de medicina interna y de otras especialidades, la atención de pacientes graves en las salas de obstetricia, cuando se solicite su intervención.
- 18.25. Prestar atención especial a los salones de operaciones, partos y legrados por el epidemiólogo, la enfermera vigilante epidemiológica y el comité de prevención y control de la infección hospitalaria.
- 18.26. Realizar por el comité de prevención y control de la infección hospitalaria. estudios bacteriológicos del ambiente, fómites, guantes, instrumental, material estéril, manos superficies, equipos de atención al recién nacido y otros, con la periodicidad establecida.
- 18.27. Realizar lavado de las manos por el personal que labora en salones de operaciones, partos y legrados (no tener uñas largas, ni usar joyas en las manos durante la jornada laboral).
- 18.28. Realizar, por el comité de prevención y control de la infección hospitalaria, capacitaciones sobre normas técnicas, uso y preparación de desinfectantes, manejo

de la esterilización y otros elementos pertinentes, a ginecobstetras, enfermeras, personal técnico y de servicio de los hospitales.

- 18.29. Adiestrar a los ginecobstetras en la cesárea extraperitoneal para su realización cuando resulte necesaria.
- 18.30. Evitar el abuso de técnicas invasivas por el personal que atiende a las pacientes.
- 18.31. Verificar por la dirección del hospital la reserva de sangre, plasma y glóbulos en los hospitales y servicios ginecobstétricos.
- 18.32. Tener por la dirección del hospital, la relación de donantes de grupos poco frecuentes, preferiblemente de personal de fácil localización.
- 18.33. Vigilar todo caso en que se utilicen oxitócicos.
- 18.34. Manejar adecuadamente los aspectos higiénico-dietéticos en las gestantes.
- 18.35. Hacer un mayor y racional uso de los exámenes microbiológicos en los casos sospechosos de sepsis.
- 18.36. Incorporar a los programas de actividades científicas de la atención primaria de salud, los hospitales clínico quirúrgicos, servicios de medicina interna y de cirugía general, el diagnóstico de sospecha del embarazo ectópico.
- 18.37. Ofrecer preparación técnica a todo el personal del servicio de partos en la simulación de emergencias obstétricas a través de cursos y preparación con maquetas.
- 18.38. Hacer uso sistemático y adecuado de la morgue para el entrenamiento en la ligadura de las arterias hipogástricas.
- 18.39. Remitir a la Dirección Nacional Materno Infantil las láminas histológicas y un resumen de la historia clínica, de aquellas muertes maternas cuya causa no haya sido bien esclarecida.
- 18.40. Cumplir la Resolución del Ministerio de Salud Pública, que establece la discusión obligatoria de todas las muertes maternas.
- 18.41. Notificar de inmediato toda muerte materna a los niveles municipal, provincial y nacional.
- 18.42. Mantener actualizada la información de la mortalidad materna y sus causas a todos los niveles de la organización.
- 18.43. Realizar con la comisión de muertes maternas de todos los niveles, el análisis de todas las muertes maternas.
- 18.44. Discutir diariamente con el director o personal designado por él, las indicaciones de las cesáreas primitivas y el manejo obstétrico de estas pacientes.

Objetivo 19. Fomentar e incrementar la lactancia materna, perfeccionar el funcionamiento de los bancos de leche humana e introducir la tetanalgesia

- 19.1. Incrementar el porcentaje de niños que reciben lactancia materna en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y complementada hasta los 2 años y más.
- 19.2. Mantener la certificación de la condición de Amigo de la Madre y el Niño en los hogares maternos, hospitales maternos, pediátricos, hospitales materno infantiles y en la atención primaria de salud.

- 19.3. Mantener la vigilancia sobre el cumplimiento del código de sucedáneos de la leche materna.
- 19.4. Realizar campañas de comunicación, de conjunto con promoción de salud, utilizando adecuadamente los medios de difusión masiva, para destacar la importancia de la lactancia materna y las donaciones de leche materna, así como facilitar la creación de los grupos de apoyo a la lactancia materna entre las madres y sus familias.
- 19.5. Incluir en las temáticas de las audiencias sanitarias y de los debates de salud de la FMC que se programen en las áreas de salud, el tema de la lactancia materna.
- 19.6. Programar cursos de educación continuada como superación profesional para el personal que labore en los servicios donde se atiendan embarazadas y niños menores de dos años.
- 19.7. Examinar las mamas de las gestantes en consulta prenatal y orientar sobre su cuidado y preparación para la lactancia.
- 19.8. Desarrollar el tema de la lactancia materna en los cursos de psicoprofilaxis.
- 19.9. Realizar actividades educativas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en todas las consultas prenatales a partir de las 28 semanas de gestación, con énfasis en los aspectos siguientes:
 - Primera hora del nacimiento.
 - Mecanismos fisiológicos de la producción de leche en los primeros días.
 - Colocación y agarre correcto del pecho por el bebé.
 - Reflejo de succión y deglución (falsa hambre del recién nacido).
 - Extracción manual de la leche materna.
 - Guías anticipatorias en lactancia materna: brotes de crecimiento, huelga de la lactancia, cambio en las deposiciones en los primeros meses de vida, entre otras.
 - Ganancia normal de peso del recién nacido y el lactante.
 - Guía de alimentación complementaria.
 - Perjuicios para el recién nacido derivados de la alimentación excesiva o con otras leches diferentes a la humana.
- 19.10. Realizar actividades educativas sobre lactancia materna en todas las salas donde se atiendan embarazadas y niños menores de dos años, con una frecuencia diaria, con la presencia de la familia.
- 19.11. Poner al niño recién nacido al pecho de su madre inmediatamente después del nacimiento.
- 19.12. Lograr que todo recién nacido que pueda succionar sea amamantado por su madre.
- 19.13. Lograr que todo recién nacido normal o de bajo peso al nacer, reciba la primera toma de leche materna en el salón de partos o en la primera hora después del nacimiento, siempre que no exista contraindicación para esta.
- 19.14. Ofrecer el alojamiento conjunto del binomio madre-bebé desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria.
- 19.15. Lograr la permanencia en el hospital de la madre hasta el alta del recién nacido, con el propósito de ofrecerle la lactancia materna.

- 19.16. Brindar leche pasteurizada de los bancos de leche humana a los niños que no pueden obtenerla de sus madres.
- 19.17. Mantener la lactancia a libre demanda durante todo el horario del día y de la noche a los niños ingresados en servicios de neonatología siempre que el estado de salud del niño y de la madre lo permitan.
- 19.18. Lograr más un 95 % de egresados de los servicios de neonatología con lactancia materna exclusiva.
- 19.19. Completar el establecimiento de bancos de leche humana en todas las maternidades provinciales y en el municipio especial Isla de la Juventud.
- 19.20. Cumplir con las acciones derivadas de la coordinación con el MINED:
 - 19.20.1. Introducir el tema de la lactancia materna en el programa de formación de maestros primarios.
 - 19.20.2. Posibilitar que se estimulen los juegos de roles sobre lactancia materna en círculos infantiles y grado preescolar.
 - 19. 20.3. Desarrollar en las Casitas Infantiles, la protección y apoyo de la lactancia materna, y permitir a las madres que puedan dar de lactar.
- 19.21. Desarrollar de conjunto con las organizaciones de masas FMC, CDR y CTC, estrategias para el fortalecimiento y apoyo de la lactancia materna en la sociedad cubana.
- 19.22. Establecer la organización del proceso para apoyar la lactancia materna con las actividades siguientes:
 - 19.22.1. Lograr que todos los servicios de salud protejan y apoyen la lactancia materna exclusiva y la lactancia complementaria oportuna y adecuada sin terminación de la lactancia materna.
 - 19.22.2. Asegurar que los grupos provinciales y municipales de pediatría cuenten con una comisión de lactancia materna y bancos de leche humana.
 - 19.22.3. Facilitar la interacción de esta comisión con los grupos provinciales que sean afines con lactancia materna y bancos de leche humana (neonatología, ginecología, atención primaria de salud, enfermería, Prosalud, logofoniatría, maxilofacial, rehabilitación, entre otros).
 - 19.22.4. Perfeccionar y desarrollar los conocimientos de profesionales, técnicos y otros trabajadores del sistema nacional de salud sobre nutrición en las madres que dan de lactar, lactancia materna y nutrición en el niño menor de dos años, *Guías alimentarias cubanas para niños menores de dos años*, y las de embarazadas y madres que dan de lactar.
 - 19.22.5. Extender la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre a los hospitales pediátricos y a la atención primaria de salud.
 - 19.22.6. Mantener una estrategia divulgativa en el país y todo el año sobre la alimentación en las madres que dan de lactar, lactancia materna y nutrición en los niños menores de dos años.
 - 19.22.7. En cada nivel de atención, incluidas las unidades ejecutoras, se cuidará que esté disponible la información de los indicadores de lactancia materna en la población que atienden.

- 19.22.8. En las instituciones de salud, se vigilará que la fórmula infantil se utilice solo cuando sea médicamente indicado.
- 19.23. Consolidar el funcionamiento y desarrollo de los bancos de leche humana (BLH).
- 19.24. Establecer la organización del proceso para el desarrollo de los bancos de leche humana.
 - 19.24.1. Controlar el cumplimiento de los procesos con calidad certificada de todos los bancos de leche humana, las donaciones de leche y el uso final de la leche humana pasteurizada.
 - 19.24.2. Implementar un sistema de información continua que sirva para evaluar el trabajo de los bancos de leche humana y su impacto en la morbilidad infantil.
 - 19.24.3. Evaluar los resultados de los bancos de leche humana en los diferentes niveles de dirección desde el nacional hasta el municipal.
 - 19.24.4. Contar con un sistema de donaciones de leche humana que sea suficiente para cubrir todas las necesidades que se generan en las provincias.
 - 19.24.5. Desarrollar los puntos de recolección en los hospitales pediátricos y en la atención primaria de salud.
 - 19.24.6. Aplicar anualmente la guía de evaluación de la sostenibilidad de los bancos de leche humana.
 - 19.24.7. Indicar que los jefes de bancos de leche humana sean médicos especializados en nutrición de los recién nacidos, lactantes y niños pequeños.
 - 19.24.8. Asegurar que los jefes de los bancos de leche humana participen en los pases de visita en los servicios donde existan pacientes beneficiados por este alimento.
 - 19.24.9. Mantener la vigilancia, por los profesionales de los bancos de leche humana, de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño, la Niña y de la Madre, y su extensión a los hospitales pediátricos y a la atención primaria de salud.
 - 19.24.10. Capacitar a todos los profesionales de salud que manejan el proceso de lactancia materna y la alimentación complementaria en niños menores de dos años en las provincias.
 - 19.24.11. Asesorar todos los planes emergentes de alimentación del niño menor de dos años y las madres lactantes en situaciones de desastres.
 - 19.24.12. Optimizar la productividad de los bancos de leche humana con la finalidad de apoyar de manera coordinada los hospitales pediátricos que lo requieran.
- 19.25. Introducir la tetanalgesia referida al efecto analgésico de la lactancia materna con el apego y consuelo de la madre durante la realización de algunos procedimientos dolorosos.
 - 19.25.1. Utilizar la estrategia de intervención de enfermería para el mejoramiento de la valoración y reducción de los procesos dolorosos en neonatos y lactantes durante la vacunación, a través de la tetanalgesia en policlínicos y hospitales maternos infantiles.

- 19.25.2. Reconocer la lactancia materna como método no farmacológico de alivio del dolor durante la vacunación de neonatos y lactantes.
 - 19.25.3. Incorporar la tetanalgesia como técnica de enfermería en los departamentos de vacunación dirigidos al Programa nacional de vacunación.
 - 19.25.4. Promover que la técnica a utilizar por el profesional de salud del departamento de vacunación esté encaminada a las prácticas de la lactancia materna en el vacunatorio.
 - 19.25.5. Realizar intercambio educativo con la madre y la familia explicando en qué consiste la técnica de la tetanalgesia:
 - Cinco minutos antes de entrar al vacunatorio la madre debe lactar al recién nacido o lactante.
 - La intervención vacunal se realiza en los brazos de la madre siempre que el recién nacido o lactante logre lactar.
 - El proceso de intervención vacunal es vigilado por la enfermera, garantizando la posición semisentada del bebé, para evitar broncoaspiración de leche
 - Después de la intervención vacunal la madre extiende la práctica de la lactancia materna.
- 19.26. Si el lactante acude sin su madre, por alguna razón, no recibe lactancia materna o el acompañante no desea realizar el proceder, se lleva a cabo la vacunación, sin tetanalgesia.

Objetivo 20. Elevar la calidad de la atención al recién nacido, incluyendo el método canguro o piel a piel

Acciones a implementar en los servicios de atención al recién nacido:

- 20.1. Garantizar el cumplimiento del contacto piel-piel desde el nacimiento, para favorecer la lactancia materna, disminuir la ansiedad de separación del binomio madre-hijo y el riesgo de hemorragia en la puérpera.
- 20.2. Realizar la ligadura del cordón umbilical, entre 1 y 3 min de vida, lo que favorece la disminución de la incidencia de la anemia en el lactante.
- 20.3. Controlar que se realice la pesquisa posnatal de las cardiopatías por oximetría de pulso en las primeras 24 h de vida en el alojamiento conjunto inmediato y mediato, además del servicio de neonatología para identificar cardiopatías críticas y otras morbilidades, con oportunidad.
- 20.4. Monitorizar el cumplimiento de la vacunación de hepatitis B al 100 % de los recién nacidos, cumpliendo los criterios establecidos de tener peso adecuado y no tener condición de caso crítico inestable, en las primeras 24 h de vida para garantizar una máxima protección de los recién nacidos.
- 20.5. Certificar por las universidades de ciencias médicas a los enfermeros que llevan a cabo la vacunación del recién nacido.
- 20.6. Lograr que todos los especialistas y residentes de neonatología tengan entrenamiento en hemodinamia neonatal.

- 20.7. Lograr el uso efectivo de antibióticos en el servicio de neonatología, teniendo en cuenta que: en la enfermedad de membrana hialina, el ductus arterioso permeable (hemodinámicamente significativo o no), la broncoaspiración de meconio, la depresión severa al nacer y la asfixia perinatal, no se requiere tratamiento antimicrobiano; con el objetivo de disminuir su uso innecesario y la resistencia de los gérmenes.
- 20.8. Controlar que se realice con expertos la discusión de los casos con sospecha de infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), con el objetivo de realizar la elección adecuada del antibiótico a utilizar y prevenir o controlar los casos que se presenten.
- 20.9. Cumplir la información epidemiológica sobre la infección asociada a la asistencia sanitaria.
- 20.10. Organizar y garantizar la entrada de las madres las 24 h del día a los servicios de neonatología en respuesta a las demandas del bebé, garantizando una mejor tolerancia digestiva del bebé, el contacto piel-piel, la tetanalgesia y disminuyendo la administración de leche artificial.
- 20.11. Garantizar la entrada diaria de los padres a la unidad de cuidados neonatales, sin condicionar hacinamiento en el cubículo y favoreciendo el vínculo con el recién nacido, cumpliendo con la paternidad responsable sin violar el reglamento hospitalario (vestuario y conducta).
- 20.12. Implementar el cuidado para la prevención del dolor en el recién nacido que genera estrés neonatal, con medidas no farmacológicas tales como: contención, succión al pecho (tetanalgesia), y administración de sacarosa, así como medidas farmacológicas como: administración de analgésicos (paracetamol en suspensión), ibuprofeno (suspensión), fentanilo y morfina (este último en el caso de los pacientes ventilados y quirúrgicos).
- 20.13. Actualizar el cuidado y la atención desde el nacimiento al recién nacido prematuro:
 - 20.13.1. Selección de un salón de parto para nacimiento del pretérmino.
 - 20.13.2. Favorecer el control térmico con el contacto piel-piel.
 - 20.13.3. Ofrecer ventilación no invasiva, para lo que se hace necesario utilizar los ventiladores de traslado (Oxymag).
 - 20.13.4. Colocar oxímetros de pulso para manejar la oxigenación, disminuyendo el daño a nivel del pulmón inmaduro, la retinopatía de la prematuridad, evitando la hipotermia que incrementa la mortalidad en el bebé prematuro.
- 20.14. Realizar el cuidado al recién nacido ventilado en modalidad invasiva (evitar aspiración frecuente, favorecer posicionamiento en decúbito prono, mejorando relación ventilación/perfusión, evitar la extubación accidental, la condensación en tramos de ventilación y garantizar la fijación del tubo endotraqueal).
- 20.15. Utilizar el manejo de la ventilación no invasiva a todo recién nacido a término con distress respiratorio desde el nacimiento, para evitar el agotamiento del bebé, y disminuir el uso del tubo endotraqueal y la ventilación invasiva.
- 20.16. Implementar la ultrasonografía pulmonar como otro medio diagnóstico (realizar en todo recién nacido con afección respiratoria, ventilado o no) disminuyendo el número de radiaciones a lo que el recién nacido se expone y el sobrediagnóstico de bronconeumonía neonatal.

- 20.17. Nombrar a especialistas y licenciados en fisioterapia y rehabilitación para la atención a los recién nacidos en su estadía hospitalaria (servicios de neonatología, sala de recuperación nutricional y piel-piel), optimizando la calidad de la fisioterapia respiratoria en el paciente ventilado, la estimulación temprana, mejorando el desarrollo motor del prematuro u otra morbilidad neurológica o genética.
- 20.18. Exigir, al servicio de electromedicina provincial y de las instituciones, controlar la efectividad del mantenimiento y cuidado de los equipos destinados a la atención de los recién nacidos y su rápida solución.
- 20.19. La universidad es responsable de todas las acciones de capacitación y entrenamiento que favorezcan el desarrollo de la especialidad.
- 20.20. De conjunto con epidemiología, cumplir con las acciones de higiene siguientes:
- 20.20.1. Organizar la entrada al servicio de neonatología:
- Exigir el uso de la sobrebata y efectuar el lavado de manos culminando con la aplicación de soluciones hidroalcohólicas, para los profesionales que están en contacto con el recién nacido y van a realizar procedimientos al paciente.
 - Los profesionales autorizados a entrar y que no estén evaluando al recién nacido, no requieren el uso de sobrebata, aunque sí resulta obligatorio el uso de la bata sanitaria.
- 20.20.2. Cumplir con el uso de batas y guantes en la atención al recién nacido crítico y al minúsculo en estado grave, optimizando el recurso y garantizando su disponibilidad.
- 20.20.3. Cumplir el tiempo para el cambio de:
- Sonda orogástrica cada 2 días.
 - Circuitos de ventilación invasiva cada 5 días.
 - Ventilación no invasiva cada 7 días.
 - Cura del catéter percutáneo sin vendaje transparente cada 2 días. Esto favorece una mínima manipulación del bebé con las ventajas que esto conlleva.
- 20.20.4. Promover el uso de culeros desechables en la neonatología para garantizar mayor confort al neonato, suministrados por la institución o facilitados por la mamá.
- 20.20.5. Garantizar la atención adecuada al recién nacido según el lugar donde se demande el servicio: por el neonatólogo (en instituciones donde existe el servicio de neonatología), el pediatra (en instituciones donde se realizan partos y no hay servicios de neonatología), el médico de la familia o pediatra del grupo básico de trabajo (en la atención primaria de salud).

Niveles de atención:

- Nivel de atención I. Hospitales con servicio de ginecobstetricia que tienen alrededor de 1000 nacimientos anuales; no requieren de una unidad de cuidados intensivos neonatales, a excepción de que su situación geográfica lo justifique.
- Nivel de atención II. Hospitales con servicio de ginecobstetricia que tienen alrededor de 2000 nacimientos anuales; requieren de una unidad de cuidados intensivos neonatales y de una sala de perinatología.

- Nivel de atención III. Centros de referencia provincial (cada provincia puede tener uno o varios), donde se encuentran salas de perinatología para la atención al embarazo de alto riesgo obstétrico. En este se atienden todas las gestantes con posibilidad de tener un recién nacido con peso al nacer menor de 1500 g (intraútero), además de otras posibles afecciones neonatales graves como: hijo de madre Rh negativa sensibilizada, hijos de madre diabética, cardiópata u otros.

En este nivel, también se pueden atender mujeres con embarazos normales a las que corresponde el hospital, de acuerdo a su área de residencia.

- Nivel de atención IV. Centros de referencia de carácter regional y nacional, para la atención de la cirugía neonatal, cardiopatías congénitas, así como determinadas patologías perinatológicas relacionadas con genética, u otras.

Malformaciones a tener en cuenta para traslado al centro especializado:

- Atresias esofágicas.
- Defectos diafragmáticos.
- Defectos de la pared abdominal (gastrosquisis y onfalocele).
- Atresias y estenosis intestinales complejas.
- Malformaciones complejas múltiples.
- Defectos de cierre del tubo neural.
- Recién nacidos que requieran reintervención.
- Afecciones complejas de las demás especialidades quirúrgicas.

20.20.6. Responsabilizar al servicio en que se encuentra el recién nacido afectado de la toma de decisión, coordinación y ejecución del traslado.

20.20.7. Realizar el traslado a través del sistema integrado de urgencias médicas (SIUM) con sus medios y recursos, pero con la presencia del neonatólogo y la enfermera neonatológica.

20.21. Cumplir con las medidas relacionadas con la calidad del proceso asistencial:

20.21.1. Tener, en cada turno de trabajo, una enfermera por cada cama en cuidados intensivos; una por cada 2 camas en cuidados intermedios (se incluye cubículo de recuperación nutricional del menor de 1500 g); una por cada 5 camas en cubículo de observación; una en reanimación para realizar cuidados inmediatos (parto eutócico y quirúrgico); una para el alojamiento conjunto inmediato (fisiológico y quirúrgico); una por cada 10 camas en la sala de puerperio (fisiológico y quirúrgico); una enfermera fija en vacunatorio (otras certificadas para suplir en caso necesario) y una en el banco de leche. Se designará una enfermera como jefa, a la cual se le subordinan todas las enfermeras que atienden recién nacidos independientemente de la sección en que trabajen.

20.21.2. Garantizar la correcta actuación con los recién nacidos en el salón de partos.

20.21.3. Brindar cuidados inmediatos al recién nacido, que comienzan en el salón de parto.

20.21.4. Aportar un ambiente térmico neutro con un rango de temperatura ambiental donde el gasto metabólico sea mínimo y la regulación de la temperatura del recién nacido se alcance por mecanismos físicos.

- 20.21.5. Colocar al recién nacido piel a piel con la madre desde el nacimiento, manteniendo al niño seco y caliente, evitando el enfriamiento que favorece la hipoglicemia y aumenta el oxígeno tisular.
- 20.21.6. Favorecer el inicio de la lactancia materna intuitiva y realizar los cuidados inmediatos del recién nacido encima de la madre.
- 20.21.7. Garantizar al recién nacido la permeabilidad de las vías aéreas y el inicio de la respiración.
- 20.21.8. Realizar la valoración del puntaje de Apgar; lo que permite evaluar las condiciones físicas del niño tras el parto.
- 20.21.9. Realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado entre 1 y 3 min después del parto) para todos los partos, al mismo tiempo que se comienza la asistencia esencial simultánea del recién nacido, de acuerdo a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- 20.21.10. Realizar la profilaxis ocular con ungüento oftálmico de tetraciclina (o un sustituto aprobado por MINSAP), como prevención de la oftalmía neonatal.
- 20.21.11. Administrar la vitamina K como medida de prevención contra la enfermedad hemorrágica.
- 20.21.12. Realizar el pesaje e identificación del recién nacido.
- 20.21.13. Cumplir medidas de reanimación y cuidados al recién nacido deprimido.
- 20.21.14. Ofrecer la cardiomonitoreización del recién nacido deprimido.
- 20.21.15. Ofrecer traslado del recién nacido con condiciones especiales a la unidad de cuidados intensivos neonatales..
- 20.21.16. Cumplir las medidas epidemiológicas necesarias para ofrecer la higiene de la unidad.
- 20.21.17. Realizar los registros de enfermería correspondientes para evidenciar la atención al recién nacido en cada momento.
- 20.21.18. Brindar educación para la salud a padres, valorando el problema específico (temperatura, lactancia materna y otras).
- 20.22. Exigir el correcto actuar de enfermería en la calidad del proceso asistencial, a los recién nacidos en el alojamiento conjunto:
 - 20.22.1. Realizar los registros de enfermería correspondientes para evidenciar en cada momento la atención al recién nacido.
 - 20.22.2. Brindar medidas térmicas al recién nacido.
 - 20.22.3. Realizar seguimiento de los signos vitales.
 - 20.22.4. Brindar el contacto piel a piel con la madre, en el alojamiento conjunto inmediato.
 - 20.22.5. Realizar cuidados esenciales para cada recién nacido.
 - 20.22.6. Realizar el seguimiento y valoración del recién nacido.
 - 20.22.7. Brindar asesoramiento a la madre para la lactancia materna.
 - 20.22.8. Brindar educación para la salud a padres, valorando el problema específico (temperatura, lactancia materna, y otras).

- 20.22.9. Cumplir las medidas epidemiológicas necesarias para ofrecer la higiene de la unidad y prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IASS).
- 20.22.10. Realizar el traslado del recién nacido, previa indicación médica.
- 20.23. Garantizar el actuar de enfermería en la calidad del proceso asistencial, a los recién nacidos en salas de puerperio:
 - 20.23.1. Realizar los cuidados mediatos al recién nacido.
 - 20.23.2. Realizar recepción del recién nacido proveniente del alojamiento conjunto inmediato con su mamá.
 - 20.23.3. Brindar educación para la salud a padres, valorando el problema específico de su hijo, si lo tuviera.
 - 20.23.4. Realizar el seguimiento y valoración al recién nacido.
 - 20.23.5. Realizar los registros de enfermería correspondientes para evidenciar la atención y cuidado de enfermería realizados.
 - 20.23.6. Realizar de conjunto con el médico, valoración del recién nacido previa a la vacunación.
 - 20.23.6. Realizar seguimiento posvacunal del recién nacido.
 - 20.23.7. Coordinar la realización de exámenes complementarios.
 - 20.23.8. Realizar traslado a la unidad de cuidados intensivos neonatal, de resultar necesario, según evaluación médica previa.
 - 20.23.9. Ofrecer cuidados utilizando la unidad independiente del recién nacido (lugar donde se guardan termómetro, estetoscopio, culeros y sabanitas individuales para ese niño, nunca contendrá medicamentos y alimentos).
 - 20.23.10. Recepción del paciente proveniente de la unidad de cuidados intensivos, para la continuidad de la atención.
 - 20.23.11. Realizar pase de visita de enfermería.
- 20.24. Exigir la calidad de los cuidados de enfermería a los recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales:
 - 20.24.1. Realizar recepción del recién nacido.
 - 20.24.2. Realizar mensuraciones y ponderaciones.
 - 20.24.3. Llevar a cabo cuidados específicos para favorecer el ambiente térmico neutro.
 - 20.24.4. Realizar los cuidados mediatos al recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (baño, peso, lactancia materna, examen físico, cura del muñón).
 - 20.24.5. Brindar el equipamiento para la recepción y sostén del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
 - 20.24.6. Ofrecer cuidados específicos en la oxigenoterapia, así como brindar cuidados específicos al recién nacido ventilado.
 - 20.24.7. Realizar cuidados específicos para favorecer el cuidado centrado en el desarrollo a los recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

- 20.24.8. Ofrecer los cuidados independientes de enfermería que favorezcan la manipulación al recién nacido y el posicionamiento adecuado según su afección.
- 20.24.9. Promover la educación sanitaria a padres y familiares.
- 20.24.10. Cumplir las indicaciones médicas al paciente.
- 20.24.11. Cumplir las medidas epidemiológicas necesarias para ofrecer la higiene de la unidad.
- 20.24.12. Realizar los registros de enfermería correspondientes.
- 20.25. Garantizar la organización del recurso humano **médico** para responder a las secciones donde se atiende al recién nacido.
 - 20.25.1. Asegurar la continuidad de la atención por el neonatólogo.
 - 20.25.2. Realizar la atención del recién nacido con estadía prolongada y lactante que requiera continuar cuidados en unidad de atención al grave pediátrico.
 - 20.25.3. Realizar seguimiento a todos los recién nacidos de alto riesgo egresados del servicio.
 - 20.25.4. Entregar el caso al médico de familia o pediatra del grupo básico de trabajo.
- 20.26. Controlar el cumplimiento de las medidas higiénico epidemiológicas:
 - 20.26.1. Realizar vigilancia estricta del cumplimiento de las normas de descontaminación y desinfección de todos los materiales y equipos que se utilizan en el servicio, manteniendo un personal técnico o auxiliar fijo y entrenado, que se dedique a realizarlo.
 - 20.26.2. Realizar la evaluación y el control continuo de los procesos e identificación de necesidades de aprendizaje.
 - 20.26.3. Realizar la supervisión del servicio por un vigilante epidemiológico que se subordina al departamento de epidemiología hospitalaria, para el control de infecciones relacionadas con la atención médica.
 - 20.26.4. Aplicar estrategias y acciones al incrementarse el número de pacientes en los servicios, o se identifique por clínica o hemocultivos, paciente con infección.
 - 20.26.5. Vigilar la permanencia en el abasto de agua corriente, jabón, servilletas o toallas para secado de las manos y soluciones antisépticas.
 - 20.26.6. Mantener personal de limpieza fijo en el servicio, durante las 24 h del día y recibir entrenamiento adecuado, cumpliendo con los protocolos de limpieza.
 - 20.26.7. Realizar una correcta evaluación del niño al nacer y proporcionar una adecuada reanimación a los deprimidos.
- 20.27. Completar los centros de mezcla de nutrición parenteral (CNP) en todas las provincias, con el propósito conservar y mejorar el estado nutricional del enfermo y, a la vez, proveer de energía para el crecimiento y la reparación de los tejidos mientras no pueda usarse la vía digestiva.

Centros de mezcla de nutrición parenteral

La implantación, desarrollo y potenciación de los centros de mezcla de nutrición parenteral, son parte de las funciones prioritarias de los servicios de farmacia hospitalaria, para garantizar la estabilidad y esterilidad de las mezclas elaboradas, así como su posterior dispensación y conservación.

Se entiende por nutrición parenteral a las mezclas para administración endovenosa contenidas en un envase único, compuestas por hidratos de carbono, aminoácidos, vitaminas, electrolitos, oligoelementos y fármacos compatibles, destinadas a un paciente individualizado, pudiendo asimismo contener lípidos. Estas mezclas se preparan exclusivamente a partir de productos estériles, en general productos farmacéuticos terminados, por personal capacitado. Es el proceso de mezclado de diversos nutrientes, obteniendo un producto estéril en condiciones adecuadas para su administración al paciente.

Las técnicas de preparación pueden ser realizadas de forma manual, por gravedad o mediante la utilización de equipos mecánicos de llenado.

Este proceso implica que el farmacéutico lleve a cabo una comprobación rigurosa de los datos que aparecen en la orden de prescripción médica, lo que adquiere importancia desde el punto de vista de seguridad del paciente. Cualquier discordancia debe ser resuelta con el médico prescriptor. Preferiblemente debe evitarse el agregado de medicamentos en la bolsa.

- 20.28. Incrementar la lactancia materna, sobre todo en niños con bajo peso al nacer, en horario diurno y nocturno.
- 20.29. Prevenir las infecciones del recién nacido:
 - 20.29.1. Insistir en el lavado de las manos como la medida más importante en la prevención de infecciones.
 - 20.29.2. Exigir las condiciones óptimas de higiene en los salones de parto, parto y neonatología.
 - 20.29.3. Vigilar el cumplimiento de los protocolos de los servicios de neonatología para prevención y control de las infecciones.
 - 20.29.4. Lograr el funcionamiento adecuado del comité de prevención y control de la infección hospitalaria.
 - 20.29.5. Completar la ubicación de epidemiólogos en los principales hospitales con servicios de ginecología y obstetricia.
 - 20.29.6. Realizar cursos de capacitación para pediatras, obstetras y resto del personal técnico de hospitales maternos y pediátricos, sobre prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria en sus respectivas especialidades (una vez al año).
- 20.30. Prevenir la hipoxia y lograr su tratamiento adecuado:
 - 20.30.1. Detectar tempranamente los casos de alto riesgo intraparto.
 - 20.30.2. Controlar y evitar el uso de las drogas que puedan producir hipoxia durante el parto.
 - 20.30.3. Promover medidas que faciliten el parto fisiológico y que permitan una mayor oxigenación fetal.
 - 20.30.4. Cumplir los protocolos de atención del recién nacido normal y asfíctico en el salón de partos y servicio de neonatología.

- 20.30.5. Promover el estudio de las causas de hipoxia, su profilaxis y tratamiento.
- 20.30.6. Diagnosticar y tratar los recién nacidos hipóxicos de acuerdo con los protocolos vigentes.
- 20.30.7. Evaluar y seguir todos los recién nacidos con hipoxia marcada al nacer, en la esfera del neurodesarrollo.
- 20.31. Cumplir los protocolos establecidos para la prevención y tratamiento de los trastornos hemorrágicos.
- 20.32. Prevenir y tratar los trastornos nutricionales.
- 20.33. Incrementar y mantener la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y complementada hasta los 2 años.
- 20.34. Evitar el raquitismo exógeno mediante la administración de vitamina D a los recién nacidos de bajo peso mientras estén ingresados y luego lograr que reciban baños de sol.
 - 20.34.1. Evaluar el estado nutricional de los recién nacidos periódicamente, en especial los pretérminos, a términos, de bajo peso, macrosómicos y con afecciones médicas y quirúrgicas.
 - 20.34.2. Tener control calórico y proteico en la lactancia artificial, evitando el uso de fórmulas hipercalóricas.
 - 20.34.3. Emplear la alimentación con lactancia materna de los bancos de leche humana o la mezcla parenteral, en los recién nacidos que la requieran.
- 20.35. Cumplir con el tratamiento de los síndromes ictericos:
 - 20.35.1. Evaluar y tratar adecuadamente los síndromes ictericos según los protocolos de actuación.
 - 20.35.2. Perfeccionar y unificar las técnicas de determinación de bilirrubina por micrométodos.
- 20.36. Prevenir y tratar el síndrome de dificultad respiratoria:
 - 20.36.1. Mantener los servicios de neonatología con los equipos indispensables para el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria, con un uso racional de las técnicas de ventilación.
 - 20.36.2. Cumplir los protocolos establecidos para el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria, según etiología.
- 20.37. Cumplir los protocolos establecidos para la prevención y el tratamiento de las anemias y policitemias.
- 20.38. Cumplir los protocolos establecidos para la prevención y el tratamiento de la hipotermia.
 - 20.38.1. Evitar en el salón de partos las pérdidas de calor por parte del recién nacido, especialmente en el de bajo peso.
 - 20.38.2. Detectar las complicaciones en el niño con hipotermia.
- 20.39. Cumplir los protocolos establecidos para la prevención y el tratamiento de la hipo- e hiperglicemia en el recién nacido de riesgo.
- 20.40. Lograr un diagnóstico temprano de las malformaciones y realizar el tratamiento de estas.

- 20.40.1. Sospechar y buscar malformaciones congénitas cardiovasculares, atresia esofágica, atresia intestinal, rectal, hernias diafragmáticas, del sistema nervioso central, renales y otras.
- 20.40.2. Realizar pesquisa prenatal y tamizaje neonatal para la detección precoz de algunos trastornos enzimáticos, metabólicos y genéticos en el recién nacido.
- 20.41. Estudiar la morbilidad neonatal según peso, edad gestacional y causas.
- 20.42. Obtener de estadísticas las cifras de mortalidad neonatal según peso, edad gestacional y causa de muerte.
- 20.43. Desarrollar y mantener, en los servicios de ginecobstetricia y neonatología, los registros de morbilidad continua.
- 20.44. Elevar la calidad en la realización del certificado de defunción perinatal, logrando que se incluyan los datos correctamente
- 20.45. Estudiar las especificaciones para el llenado correcto del certificado de mortalidad perinatal.
- 20.46. Lograr un alto porcentaje de necropsias.
- 20.47. Llenar correctamente el modelo de reparo de defunción a todos los certificados perinatales.
- 20.48. Evaluar de forma adecuada al recién nacido al alta y coordinar el seguimiento con su área de salud.
- 20.49. Dar alta a los recién nacidos de bajo peso cuando hayan alcanzado los 2500 g de peso como mínimo, y con lactancia materna exclusiva.
- 20.50. Realizar captación del recién nacido bajo peso en el hospital por el médico de la familia.
- 20.51. Lograr que el equipo básico de salud visite el hogar y el hospital, en los recién nacidos de bajo peso antes de su alta.
- 20.52. Realizar evaluación integral del recién nacido antes de su alta, valorando: peso, condiciones físicas, alimentación y ambiente familiar, con la participación del médico de la familia.
- 20.53. Llenar correctamente el carné del niño antes del alta, consignándose todos los diagnósticos realizados.
- 20.54. Cumplir con la metodología para el traslado del recién nacido.

Tipos de traslado

Traslado intraútero: Es el transporte de la gestante a la cual se le ha hecho diagnóstico fetal (gestante con patología de la madre o del feto, defecto congénito, patología fetal que requiera atención de tercer nivel) con riesgo para la vida al nacer y con posibilidades de sobrevivir o solución quirúrgica; es ideal para el recién nacido con cardiopatía crítica, defectos de pared anterior y de tubo neural, y hernia diafragmática, ya que disminuye el riesgo de complicaciones y muerte secundarias a largas horas de transportación e infecciones, deberá ser facilitado siempre que sea posible.

Traslado posnatal. Debe realizarse siempre después de la estabilización del recién nacido y puede ser: urgente, programado, para pruebas diagnósticas o de retorno.

El traslado oportuno permite: perfeccionamiento del equipo multidisciplinario (neonatólogos, cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, otras especialidades si resultara necesario), para la evaluación, discusión del paciente y establecimiento de diagnóstico de certeza y conducta.

Requisitos para el traslado:

- La decisión, gestión y realización del traslado debe ser asumida por el equipo médico que ha evaluado al paciente.
- Comunicación con el servicio receptor previamente, para su conocimiento.
- Comunicación con el servicio receptor de la hora de salida del caso.
- Identificación del paciente y del centro de nacimiento.
- Antecedentes familiares, y datos del padre y de la madre, incluyendo grupo sanguíneo y antecedentes obstétricos.
- Incidencias del embarazo actual y parto.
- Información sobre el test de Apgar, estado al nacimiento, gasometría, medidas terapéuticas detalladas que se hayan efectuado, sus causas y evolución hasta el momento del traslado.
- Motivo de traslado, impresión diagnóstica y resultado de la evaluación integral realizada por las especialidades.
- Precisar ausencia de proceso infeccioso y, solo en casos imprescindibles, enviar al paciente en pleno tratamiento de este.
- Consentimiento informado a la familia sobre riesgos del proceder.
- Registro de parámetros e incidencias durante el transporte.
- Resumen de historia clínica o con copia de hoja del recién nacido.

Los directivos de las provincias, relacionados con el Programa de Atención Materno Infantil, harán la coordinación con los homólogos de las provincias receptoras y la comunicación a los nacionales.

De ser necesario por condicionantes del paciente, contactar con los directivos provinciales, para ofrecer atención durante el trayecto.

Criterios de traslado:

- El peso del recién nacido no es una limitante absoluta. En caso de tener bajo peso extremo, realizar valoración individual.
- Las urgencias relativas independientemente de la gravedad del paciente no constituyen emergencias, se debe esperar período de estabilidad hemodinámica, respiratoria, clínica y humoral.
- No efectuar traslado en la noche, pero si es emergente la cirugía, realizar comunicación inmediata.
- En todos los casos debe establecerse comunicación y valoración entre los médicos de los servicios implicados para la decisión del traslado en el momento adecuado y oportuno en aras de la mejor decisión a favor del paciente.
- Cuando exista diagnóstico prenatal de defecto discutir cuales llevan traslado intraútero.
- Cuando presente diagnóstico prenatal de defecto congénito:
 - Determinar vía de terminación según el defecto.
 - Organizar recibimiento, evaluación inmediata para corroborar diagnóstico y observar el paciente según cuadro clínico-humoral y complementario antes de definir interconsulta y/o traslado.

Emergencias quirúrgicas absolutas:

- Perforación intestinal.
- Gastrosquisis.
- Onfalocele roto.
- Evisceración.
- Mielomeningocele roto.
- Hernia atascada o estrangulada con compromiso vascular.
- Escroto agudo con compromiso vascular.

Urgencias quirúrgicas relativas:

- Atresia esofágica.
- Imperforación anal.
- Hernia y eventración diafragmática.
- Atresias y estenosis intestinales.
- Oclusión intestinal.
- Onfalocele no roto.
- Escroto agudo y hernias atascadas.
- Tumoraciones y quistes.
- Extrofia vesical.

20.55. Ofrecer atención centrada en el desarrollo del recién nacido (método canguro o piel a piel) para mejorar los cuidados que se ofertan a los recién nacidos pretérminos.

Método piel a piel

Marco para su aplicación:

- Método de engorde y cuidado: para recién nacido sin enfermedades graves, con estabilidad clínica, cuyos únicos problemas sean el control térmico y bajo peso.
- Como parte del manejo en unidades de cuidado intensivo neonatal: su finalidad es favorecer los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido en la neonatología, permitiendo el contacto precoz de la madre y el bebé.

Etapas del método. Consta de dos etapas:

Primera etapa. Comienza desde el ingreso en la institución de la gestante que aporte pretérmino bajo peso, crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y morbilidad neonatal que requiera cuidados diferenciados, continúa al ingreso en cuidados especiales:

- Se inicia en la atención prenatal de las gestantes de alto riesgo seguido de su ingreso en cuidados especiales.
- Es necesario informar y esclarecer qué condición de salud y cuidados se ofrecen.
- Estimular la entrada precoz y libre de los padres a la neonatología.
- Propiciar siempre el contacto con el bebé.
- Ofrecer apoyo para la lactancia.

Estimular a los padres a participar en el cuidado del bebé. Ofrecer las medidas de protección para evitar el estrés y el dolor.

- Adecuado posicionamiento en la incubadora.

En un segundo momento y si el paciente ha pasado su período de criticidad, con estabilidad clínica, se considerará favorecer el contacto piel con piel de manera progresiva y con la disposición de la madre. Si se decide proceder a colocar en piel a piel, se debe cumplir los requerimientos siguientes:

- Evaluar el bebé: temperatura axilar, coloración, vigilar el abordaje si lo tiene.
- La madre o el padre, determinarán el tiempo en que se establecerá el contacto.
- Tener en cuenta las recomendaciones siguientes:
 - Lavado de las manos antes y después del contacto.
 - No perfumes ni cosméticos con olores fuertes.
 - Preparar a los padres en los signos de alarma.
 - El traslado de la incubadora hacia la posición se hará con delicadeza.
 - Colocar en la posición correcta.
 - Cabeza ladeada y ligeramente extendida.
 - Torso de la madre o el padre desnudo.
 - Colocar al bebé con gorro y medias (opcional).
 - El uso de faja para la correcta sujeción del recién nacido y movilidad de la madre.

Segunda etapa. Etapa más avanzada, en las salas de piel con piel. Tiene las características siguientes:

El bebé permanecerá de manera continua con su mamá en posición canguro y el mayor tiempo posible.

- El bebé debe cumplir: estabilidad clínica, nutrición enteral plena, peso mínimo de 1250 g.
- La madre debe cumplir: deseo de participar, consenso entre la madre, familiares y profesionales de salud; reconocer signos de estrés o de alarma en el bebé, además de conocimiento y habilidad para manejar al bebé en posición canguro.
- Solo medicación oral.
- Permitir a la madre tiempo para sus necesidades.
- Realizar el seguimiento clínico y a la ganancia del peso.
- La posición canguro requiere de supervisión permanente o temporal en dependencia del horario y estado de la madre.
- Recursos para su implementación. Funcionamiento y organización de la sala piel-piel: deben estar bien esclarecidos los criterios de ingreso de cada institución en dependencia de sus condiciones y limitaciones:
 - Condiciones clínicas adecuadas del paciente.
 - Mínima administración de medicamentos y solo por vía oral.
 - Ganancia de peso sostenida.
 - Preferentemente lactancia materna exclusiva (de ser diferente los casos serán evaluados puntualmente por los equipos médicos).
 - Condiciones físicas y mentales satisfactorias de la madre.
 - Voluntariedad de la madre a seguir el método piel a piel.
- Recién nacido con peso mínimo de 1250 g y edad gestacional (EG) corregida de 34 semanas o siempre que este identificado buena coordinación succión-deglución-respiración y sin episodios de apnea.
- Recién nacidos con peso al nacer entre 1500 o 2000 g y edad biológica entre 7 y 10 días, o edad gestacional corregida de 34 semanas, o siempre que esté identificada buena coordinación succión-deglución-respiración y sin episodios de apnea.

Criterios de egresos del servicio piel a piel:

- El niño debe de tener un peso de 2300 g y/o 2500 g sin ser este el elemento fundamental (debe discutirse por cada provincia y en dependencia de sus características).

- Discutir el egreso entre el equipo médico del hospital y el equipo médico del área de salud, quien es el principal responsable del seguimiento y asistencia a las consultas multidisciplinarias.
- El niño se evalúa a los 7 días de egreso de la sala piel a piel y a los 15 días siguientes; luego se mantiene en el programa de seguimiento de todo recién nacido de alto riesgo.

20.56. Desarrollar la atención adecuada al recién nacido según el lugar donde se demande el servicio: por el neonatólogo (en instituciones donde existe el servicio de neonatología), el pediatra (en instituciones donde se realizan partos y no hay servicios de neonatología), el médico de la familia o pediatra del grupo básico de trabajo (en la atención primaria de salud).

Objetivo 21. Promover un adecuado estado nutricional de niños, niñas y adolescentes

El médico de familia y/o el pediatra del grupo básico de trabajo (GBT) deben:

- 21.1. Implementar las guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años, embarazadas y madres que dan de lactar.
- 21.2. Realizar la evaluación nutricional en las consultas de pediatría y puericultura (edad, peso, talla, circunferencia cefálica), cumpliendo lo establecido en el sistema de vigilancia nutricional.
- 21.3. Valorar el estado nutricional de todo paciente al ingresar en los hospitales y registrar, en la hoja de egreso, si se encuentra por debajo del 10 o por encima del 90 percentil de peso/talla.
- 21.4. Crear, a nivel de atención primaria de salud, el grupo de apoyo nutricional (GAN) municipal o en cada policlínico, según posibilidades, para la atención de los trastornos nutricionales en niños, niñas, adolescentes y embarazadas que tendrá las funciones siguientes:
 - Prevención de malnutrición en grupos poblacionales relacionados con desconocimiento o actitud negligente de la familia sobre la adecuada nutrición.
 - Promoción sobre buenas prácticas de nutrición.
 - Capacitación al colectivo de profesionales sobre malnutrición.
 - Interconsulta, acompañado de su médico de familia, de casos con mala respuesta al tratamiento impuesto.
- 21.5. Crear y completar los grupos de apoyo nutricional en todos los hospitales pediátricos.
- 21.6. Lograr el óptimo funcionamiento de los grupos de apoyo nutricional relacionados con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, en la atención primaria y secundaria de salud.
- 21.7. Brindar educación nutricional en todas las consultas de pediatría, puericultura y prenatal y después del nacimiento del niño o niña.
- 21.8. Detectar los malnutridos por defecto y por exceso (menores de 5 años) a través de las consultas, visitas al terreno, organizaciones de masas, haciendo la notificación correspondiente.
- 21.9. Brindar a todo niño malnutrido la dispensarización, realizándole todas las consultas y visitas al terreno necesarias.

- 21.10. Ingresar a todo niño menor de 2 años que sea diagnosticado como desnutrido (que se encuentre por debajo del tercer percentil de peso para la talla).
- 21.11. Priorizar la atención de los niños desnutridos que concurren al cuerpo de guardia con una enfermedad aguda o crónica.
- 21.12. Restablecer los servicios de nutrición en todos los hospitales pediátricos y perfeccionar su trabajo.
- 21.13. Valorar el aporte nutricional contenido en las dietas de los hospitales como un elemento terapéutico, priorizando al niño desnutrido.
- 21.14. Lograr la incorporación de los dietistas o nutricionistas a las salas o servicios de nutrición de los hospitales, formando parte del equipo y participando en los pases de visita.
- 21.15. Controlar que en la hoja de indicación médica quede plasmado el cumplimiento de la dieta médica del paciente.
- 21.16. Controlar el cumplimiento de los protocolos establecidos para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes malnutridos.
- 21.17. Evaluar semanalmente el estado nutricional de los pacientes ingresados en salas de nutrición, de atención al grave y en cualquier otra sala.
- 21.18. Lograr la recuperación nutricional de pacientes desnutridos con énfasis en los menores de dos años, ingresados en nuestros hospitales.
- 21.19. Supervisar el cumplimiento de los protocolos de los bancos de leche.
- 21.20. Evaluar psicológicamente a los pacientes ingresados en salas o servicios de recuperación nutricional de los hospitales, brindándoles además estimulación adecuada.
- 21.21. Impartir seminarios sobre nutrición, dietética y manipulación higiénica de los alimentos al personal del banco de leche, pantristas y otro personal auxiliar.
- 21.22. Brindar cursos provinciales de perfeccionamiento sobre aspectos clínicos y psicológicos de la malnutrición.
- 21.23. Ofrecer la formación de los alumnos de pediatría en los aspectos prácticos de clínica nutricional para conocer las características del paciente malnutrido.
- 21.24. Brindar educación nutricional a las madres de los ingresados en salas de desnutridos.
- 21.25. En caso de fallecimiento de un paciente, hacer constar en el certificado de defunción el estado nutricional del fallecido cuando se encuentre por debajo del tercer percentil (desnutrido), teniendo en cuenta la evaluación del peso para la talla.

Objetivo 22. Promover un crecimiento y desarrollo óptimo de niños, niñas y adolescentes, y brindar atención de puericultura de alta calidad

- 22.1. Revitalizar las comisiones provinciales de puericultura.
- 22.2. Evaluar cumplimiento de subprogramas que tributan a la consulta de puericultura.
- 22.3. Impartir el Diplomado de Puericultura para la superación del pediatra del primer nivel de atención, con la mirada de enfoque de riesgo.

- 22.4. Implementar las guías de evaluación de puericultura validadas, así como el Modelo 69-32 aprobado por el MINSAP, con la finalidad de elevar la calidad de la consulta de puericultura en las edades pediátricas.
- 22.5. Culminar las investigaciones en desarrollo e iniciar líneas que den respuesta a problemas de salud de la comunidad APS/Centro de Neurociencias, u otros centros de investigación.
- 22.6. Aplicar las cuatro innovaciones tecnológicas siguientes:
 1. Intervención educativa para promover el desarrollo integral de la primera infancia "Crecer saludables".
 2. Instrumento para la pesquisa de los trastornos del neurodesarrollo, lo que incrementará la calidad en la atención al desarrollo infantil y elevará la calidad de la puericultura.
 3. Neuroestimulación Pediátrica (NEPD). Es una guía de estimulación para niños de hasta 5 años de edad. Está dirigida a padres, pero puede ser de utilidad para educadores y otros especialistas que trabajan en estas edades. Está dividida en nueve (9) etapas. En cada etapa se ofrece una breve descripción de las habilidades o conductas que típicamente exhiben los niños hacia el final de cada período, y se recomiendan actividades que permiten la estimulación del desarrollo infantil en cada etapa.
 4. Utilización del bolsilibro: *Emergencias y urgencias pediátricas*.

El médico de familia y el pediatra deben realizar las acciones siguientes:

- 22.7. Realizar controles de puericultura según lo establecido en el Programa del médico y la enfermera de la familia, según su grupo dispensarial.
- 22.8. Priorizar el grupo de niños con bajo peso al nacer, para ofrecerle en su primer mes de vida, una consulta multidisciplinaria, constituida por un pediatra, o médico general integral certificado, un nutricionista, un psicólogo y un fisiatra, los que le realizarán una valoración y planearán el seguimiento, o realizarán remisión del caso, de acuerdo con su resultado, a la especialidad requerida.
- 22.9. En la evaluación pediátrica, tener en cuenta la clasificación de la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) según evaluación de los casos y en la etapa neonatal, según la evaluación efectuada por neonatología.
- 22.10. Fortalecer el pesquiasje auditivo universal para la detección precoz de defectos de audición.
- 22.11. Monitorear el comportamiento de las curvas de crecimiento de los principales indicadores que se utilizan en el seguimiento longitudinal de los niños en las consultas de puericultura, tomando en consideración las normas nacionales de referencia.
 - 22.11.1. Utilizar las gráficas de crecimiento y la estimación de la edad exacta de los niños para realizar una evaluación adecuada de este proceso, así como de la edad corregida en el caso de los niños pretérmino hasta los 2 años.
 - 22.11.2. Conocer que la vigilancia del crecimiento es una acción diferente a la evaluación del estado nutricional; en el primer caso, se trata del

seguimiento de los progresos del niño en el conjunto de cambios somáticos y funcionales que ocurren desde el momento de la concepción hasta la adultez; mientras que la evaluación del estado nutricional se refiere a la pesquisa de niños con diferentes formas de malnutrición al momento del examen.

- 22.11.3. Detectar con tiempo, la presencia de fallo de medro en el seguimiento longitudinal de los niños e identificar su etiología (fallo de medro orgánico, psicosocial, falso fallo de medro) para adoptar las medidas pertinentes en cada caso.
- 22.11.4. Detectar tempranamente la presencia de sobrepeso u obesidad, y evaluar la composición corporal de estos casos mediante el uso de la circunferencia de la cintura como indicador de adiposidad visceral, así como la presencia o no de síndrome metabólico.
- 22.11.5. Utilizar la curva de peso que aparece en el carné de salud infantil para graficar en ella los progresos en el crecimiento del niño y explicarle a la madre cómo marcha este proceso en su hijo. Si la curva de crecimiento del niño se encuentra fuera del rango de valores que delimitan las líneas del gráfico, no es paralela a esas líneas o tiene un comportamiento inestable, deberá analizar con ella las posibles causas de ese comportamiento y las medidas necesarias a tomar en el cuidado del niño, para corregirlo.
- 22.11.6. Detectar desde la etapa preconcepcional a aquellos niños con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y a los clasificados como pequeños para la edad gestacional, con vistas a un monitoreo postnatal diferenciado de su crecimiento que permita mejorar su estado nutricional, pero que, a la vez, evite el costo biológico del frecuente *catch up* (recuperar un atraso) excesivo de crecimiento que se observa en estos niños y que incrementa la probabilidad de aparición de enfermedades no transmisibles desde las primeras etapas de la vida.
- 22.11.7. Detectar desde la etapa preconcepcional a aquellos niños macrosómicos, con vistas a un monitoreo postnatal diferenciado de su crecimiento que contribuya a prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles en estos pacientes.
- 22.11.8. Evaluar la maduración sexual desde la edad de 8 años orientando a los adolescentes y sus padres en las características de este proceso, la variabilidad fisiológica con que este se puede presentar y las variaciones en las características somáticas y funcionales que existen entre maduradores tempranos, promedios o tardíos.
- 22.11.9. Realizar vigilancia del neurodesarrollo, utilizando la guía mínima establecida para las consultas de puericultura, con vistas a la identificación temprana de trastornos del desarrollo psicomotor; además, aplicarán prueba nacional de pesquisa haciendo uso de las referencias cubanas, con la periodicidad establecida, para los niños supuestamente sanos y, en el caso de que surja alguna duda durante la vigilancia o presenten algún factor de riesgo, con

la frecuencia que definan el equipo básico de salud y el pediatra del grupo básico de trabajo.

- 22.11.10. Orientar a los padres en la estimulación temprana del neurodesarrollo desde la etapa prenatal, haciendo uso de las orientaciones del programa “Educa a tu hijo” y aplicando los instrumentos desarrollados en el país con este fin.
- 22.11.11. Incentivar en los especialistas en Medicina General Integral y los pediatras, el estudio de las características normales del crecimiento y desarrollo infantil, sus trastornos más frecuentes y su valor como indicador positivo de la salud infantil, que expresa la calidad de vida de esa población
- 22.11.12. Realizar investigaciones sobre las características del crecimiento y desarrollo de diferentes grupos poblacionales para conocer la influencia sobre este proceso de los determinantes sociales en que se desenvuelven nuestros niños/niñas y adolescentes, comparar a los niños cubanos con los de otras poblaciones y analizar la tendencia secular del crecimiento y desarrollo en el país.
- 22.11.13. Utilizar las consideraciones incluidas en el bolsilibro *Emergencias y urgencias pediátricas*, en el actuar diario de atención a los niños y adolescentes.

Objetivo 23. Brindar una atención médica con calidad en la atención primaria y secundaria a niños, niñas y adolescentes, entre ellos los que tienen afecciones cardíacas, logrando reducir sus causas de muerte

- 23.1. Establecer la atención al niño con un enfoque integral y social, con una visión clínica-epidemiológica y de desarrollo humano.
- 23.2. Promover y mantener un niño, niña y adolescente sano, basado en conductas y estilos de vida saludables, así como en procesos educativos que hagan posible el desarrollo biopsico-socio-cultural.
- 23.3. Lograr el equilibrio entre las acciones de promoción, prevención y rehabilitación de salud.
- 23.4. Elevar la resolutivez del especialista de pediatría en el primer nivel de atención incrementando su desarrollo científico y técnico.
- 23.5. Formar recursos humanos con conocimientos, habilidades y actitudes para la atención médica según las necesidades de la población, tanto a nivel primario como secundario.
- 23.6. Impulsar la ciencia y la innovación tecnológica en función del desarrollo de la especialidad.

El médico de la familia y el pediatra del equipo básico de salud deben realizar las actividades siguientes:

- 23.7. Conocer e influir positivamente en los factores biológicos, sociales y ambientales que actúan sobre el niño y el adolescente.
- 23.8. Ofrecer una atención médica periódica, continua, completa y dispensarizada al niño, la niña y el adolescente.
- 23.9. Dispensarizar el universo de niños, niñas y adolescentes.
- 23.10. Mantener la vinculación del equipo básico de salud con la población infantil que atiende y con los niños o adolescentes que se encuentren ingresados.

- 23.11. Mantener la comunicación intersectorial, junto con el equipo básico de trabajo, para el conocimiento de nacimientos extrahospitalarios.
- 23.12. Brindar puericultura prenatal a la gestante en las semanas previas al parto.
- 23.13. Captar, junto con el equipo básico de trabajo, el 100 % de los recién nacidos, como establece el Programa del médico y enfermera de la familia, lo que puede ser en el hospital, hogar o consulta, dentro de los primeros 7 días de nacido.
- 23.14. Fortalecer los servicios de salud especializados para las niñas, niños, adolescentes y familias en los centros de salud mental municipales.
- 23.15. Brindar, junto al equipo básico de trabajo, atención especial al niño, la y el adolescente de riesgo, y procederá a dispensarizarlo.
- 23.16. Vigilar la salud bucodental de los niños y los adolescentes remitiéndolos oportunamente a las consultas de estomatología.
- 23.17. Lograr que todos los niños y adolescentes concurren a consultas con su carnet pediátrico, el cual quedará actualizado en cada control, incluyendo el uso de las tablas antropométricas.
- 23.18. Mantener la proyección comunitaria y el vínculo entre los niveles primario y secundario de atención, para que los pacientes puedan ser remitidos de una institución a otra de mayor complejidad, teniendo en cuenta su resolutivez.

En la atención secundaria se deben ejecutar las acciones siguientes:

- 23.19. Establecer en cada hospital que tenga la misión de atender pacientes en edades pediátricas, un área de urgencias y emergencias, en planta baja, de fácil acceso y correctamente señalizado, siguiendo el código de colores, con personal sanitario las 24 h del día:
 - 23.19.1. Garantizar una estancia médica en el cuerpo de guardia de los hospitales de atención pediátrica, para la atención de la mañana y la tarde con un especialista de alta calificación al frente este, de preferencia con diplomado o maestría en Terapia Intensiva y personal fijo de enfermería
 - 23.19.2. Exigir que el médico jefe del cuerpo de guardia participe activamente en la entrega de guardia médica matutina y vespertina, y evalúe a cada niño que se decida ingresar.
 - 23.19.3. Responsabilizar a los médicos especialistas de Pediatría, en el cuerpo de guardia, con la atención de los niños menores de un año, los pacientes remitidos, y los niños que llegan al cuerpo de guardia en estado grave (código rojo).
 - 23.19.4. Organizar la atención médica de urgencia según prioridades en función de la severidad y el peligro para la vida, código de colores:
 - ROJO. Pacientes con peligro inminente para la vida.
 - AMARILLO. Pacientes que requieren atención médica hospitalaria con urgencia, que de no recibir asistencia pueden complicarse.
 - VERDE. Pacientes que requieren atención médica con urgencia menor o nula, que no tienen peligro para la vida y pueden recibir tratamiento ambulatorio.

Los criterios de hospitalización están basados en la clínica y los factores de riesgos biológicos, ambientales, sociales, económicos y geográficos. Los ingresos deben ser oficializados en el departamento de admisión de cada institución, excepto los casos graves o con condiciones excepcionales en los que se realiza el ingreso directo a la unidad de cuidados intensivos, quirófano o sala.

Acciones a realizar según particularidades en el manejo del paciente pediátrico (triángulo de evaluación pediátrica):

- 23.19.5. Establecer un acercamiento al estado funcional del niño usando solo los sentidos de la vista y la audición, evaluando tres aspectos fundamentales: apariencia, trabajo respiratorio y coloración de la piel. Esta valoración no debe tardar más de 30 s y durante esta no se toca al paciente para evitar que al agitarse, sobre todo el niño pequeño, modifique parámetros como la frecuencia respiratoria.

Aspectos a evaluar en cada lado del triángulo:

APARIENCIA. Evaluar tono, interacción con el entorno, consuelo, mirada/llanto. Tanto la presencia de somnolencia, hiporrespuesta o irritabilidad, traducen la existencia de hipoxia o hipoperfusión cerebral, dándole un elemento de riesgo a cualquier patología subyacente.

TRABAJO RESPIRATORIO. Precisar la existencia de ruidos respiratorios, postura anormal, tiraje, taquipnea, aleteo nasal. Su presencia traduce el intento del niño de compensar un trastorno respiratorio. Los ruidos respiratorios informan sobre tipo y localización del trastorno y su gravedad. Las posturas anormales traducen dificultad respiratoria grave. El tiraje depende de la cantidad de grupos musculares que esté usando. La taquipnea puede indicar situaciones banales o enfermedades respiratorias o no respiratorias graves, su disminución progresiva sin mejoría clínica traduce parada cardiorrespiratoria inminente al igual que la disminución del trabajo respiratorio. Evaluar oxigenación y ventilación.

CIRCULACIÓN DE LA PIEL. Identificar presencia de palidez, moteado o livedo reticular, cianosis. Este punto permite evaluar el estado del gasto cardíaco y la perfusión a órganos vitales. Una perfusión disminuida y la apariencia normal traduce *shock* compensado y si la apariencia es anormal, descompensado.

- 23.19.6. En el caso de una sola afectación, el niño enfermo debe ser asistido con mayor premura, pero con tiempo suficiente para realizar un interrogatorio, examen físico y complementario necesario según los hallazgos.

- 23.19.7. Si en la impresión general aparecen dos o más alteraciones (fallo respiratorio, *shock* descompensado, insuficiencia cardiorrespiratoria), la asistencia cambia por la afectación de las funciones vitales y el riesgo de deterioro inminente, y la perspectiva de la evaluación y conducta se modifica. En estas situaciones se debe activar de inmediato el equipo de trabajo de manejo de las urgencias vitales.

Organización de la atención en las salas de hospitalización:

- 23.19.8. Tener organizados los servicios de misceláneas, respiratorio, gastroenterología (con separación de los casos de diarreas agudas, del resto del servicio),

patologías quirúrgicas, servicios de atención al grave; con salas de terapia intensiva y terapia intermedia y otros servicios especializados como neonatología, nefrología, caumatología, de acuerdo al perfil del hospital.

- 23.19.9 Tener definidos los planes de emergencia ante el incremento de determinadas patologías (cuadros respiratorios, diarreas agudas y determinadas enfermedades infecciosas), que permitan afrontar cualquier alza brusca de la morbilidad por estas afecciones.
- 23.19.10. Evitar al máximo el contacto de lactantes, particularmente si son malnutridos por defecto, con pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA), al igual que los niños de cualquier edad que hayan sido diagnosticados con alguna enfermedad que condiciona la evolución desfavorable de las infecciones respiratorias agudas (alérgicos, inmunodeficientes, bronquiectásicos y otros).
- 23.19.11. Evitar el hacinamiento hospitalario, logrando una separación mayor de 1 m entre las camas o cunas, en las salas y cubículos. Cuando aumente el número de ingresos, analizar la posibilidad de incremento de camas habilitando salas de otras especialidades, evitando a toda costa el hacinamiento en los servicios de insuficiencia respiratoria aguda (IRA).
- 23.19.12. Exigir al máximo el cumplimiento de las normas higiénico-sanitarias establecidas por el MINSAP en los servicios hospitalarios, insistiendo en que se garantice el suministro adecuado de utensilios y materiales de limpieza, y que se mantenga una buena ventilación, evitando el cierre innecesario de ventanas.
- 23.19.13. Evitar que la madre, o el padre acompañante, carguen o manipulen otros niños que no sean los de ellos.
- 23.19.14. Mantener una estrecha vigilancia sobre la técnica y conservación de los accesos venosos.
- 23.19.15. Pasar visita a los niños menores de un año, las veces que sea necesario, como mínimo cuatro veces al día. El personal de la sala le pasará visita en la mañana y la tarde, y el personal de guardia lo evolucionará en la tarde al recibirlo, en la noche y en la madrugada.
- 23.19.16. Evitar la estadía prolongada. Todo paciente que no evolucione favorablemente o que se prolongue su estadía, o esté reportado grave, debe discutirse en colectivo las veces sea necesario.
- 23.19.17. Programar la asistencia a consultas de seguimiento después del alta a los pacientes que lo requieran.
- 23.19.18. Mantener actualizado el reporte diario de pacientes atendidos, ingresos, egresos, por áreas de salud.
- 23.19.19. Analizar en la entrega de guardia, los datos anteriores.
- 23.19.20. Cumplir las normas de desinfección establecidas.
- 23.19.21. Reportar al Comité de prevención y control de la infección hospitalaria, la ocurrencia y análisis de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y el cumplimiento de las normas higiénico epidemiológicas.

- 23.19.22. Registrar por el médico de asistencia todo caso de infección asociada a la asistencia sanitaria en el modelo de registro de caso infectado que existe en la sala, que debe ser conservado y actualizado por el jefe del servicio.
- 23.19.23. Lavarse las manos antes y después de examinar o atender cada paciente.
- 23.19.24. Priorizar la atención de los pacientes menores de 3 meses, con antecedentes de bajo peso al nacer o desnutridos, los cuales serán, evolucionados por el personal de guardia de mayor calificación.
- 23.19.25. Discutir colectivamente todo caso que empeora o con estadía mayor de 7 días, dejando constancia en la historia clínica.
- 23.19.26. Hacer énfasis especial con el personal que labora en los hospitales, en el lavado sistemático de las manos, como medida fundamental en la prevención de la infección nosocomial.

En la atención a las afecciones cardíacas se indican las acciones siguientes:

- 23.20. Elevar la calidad de la atención a los pacientes con cardiopatías.
- 23.21. Perfeccionar el trabajo en los cardiocentros de La Habana, Villa Clara y Santiago de Cuba.
- 23.22. Mantener los cursos de perfeccionamiento a pediatras dedicados a la cardiología.
- 23.23. Mantener el desarrollo de la red cardiopediátrica nacional.
- 23.24. Perfeccionar el trabajo de los servicios y consultas de cardiología pediátrica a nivel de los hospitales pediátricos.
- 23.25. Perfeccionar el diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas.
 - 23.25.1. Cumplir el protocolo para el traslado hacia La Habana de gestantes con diagnóstico prenatal fetal positivo de cardiopatías complejas críticas, el parto, la atención neonatal y traslado al Cardiocentro, de estos recién nacidos.
 - 23.25.2. Mejorar la supervivencia y calidad de vida futura de los niños con cardiopatías críticas (transposición de grandes vasos, atresia pulmonar, terminación del arco aórtico e hipoplasia de cavidades izquierdas), logrando su nacimiento en una institución cercana al Cardiocentro Pediátrico William Soler con el objetivo de evitar traslados de riesgo a grandes distancias y realizar oportunamente el cateterismo intervencionista y/o las intervenciones quirúrgicas correspondientes en cada caso.
 - 23.25.3. Detectar cardiopatías congénitas críticas en etapa neonatal mediante pulsioximetría.
 - 23.25.4. Realizar pesquisa neonatal de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría a todos los recién nacidos mayores de 34 semanas de edad gestacional aparentemente sanos, utilizando el método clínico y prueba de oximetría de pulso en la detección precoz de cardiopatías congénitas.
 - 23.25.5. Realizar para mayor efectividad de la pesquisa el examen físico completo en conjunción a la realización de la prueba de oximetría de pulso.

Indicaciones metodológicas:

- Una vez confirmada la presencia de la cardiopatía incluida entre las seleccionadas, el director del centro provincial de genética médica realizará la solicitud al área de asistencia médica del Centro Nacional de Genética Médica, para el traslado del caso hacia el Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí de La Habana.
- La solicitud contendrá resumen de la atención prenatal a la gestante y la descripción del hallazgo ultrasonográfico y, siempre que sea posible, se incluirán las principales imágenes del defecto en cuestión. El documento será firmado por el director del centro provincial de genética y el jefe del programa materno-infantil de la provincia.
- El área de asistencia médica del Centro Nacional de Genética Médica, notificará al Cardiocentro Pediátrico William Soler y al Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí la solicitud de ingreso de la gestante y comunicará al centro provincial de genética médica que realiza la solicitud la fecha en que debe ser trasladada la gestante al Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí.
- Se deberá analizar el traslado de aquellas embarazadas con diagnóstico prenatal de las cardiopatías referidas, que presenten restricción del crecimiento intrauterino, ya que los recién nacidos deben tener 2500 g de peso o más para someterse a intervención quirúrgica.
- Se excluye el traslado de aquellas embarazadas con diagnóstico prenatal de las cardiopatías referidas, con patología asociada descompensada o que ponga en peligro su vida.
- El traslado debe realizarse a las 37 semanas de gestación.
- Una vez que la gestante se encuentre ingresada en el Hospital Materno Infantil Ángel Arturo Aballí, la comisión de expertos del Cardiocentro Pediátrico William Soler realizará la confirmación de la presencia de la cardiopatía y notificará al Centro Nacional de Genética Médica el dictamen al respecto en cada caso.
- De ser descartado el diagnóstico de una de las cuatro cardiopatías anteriores, la embarazada será trasladada a su provincia de residencia.
- Después del nacimiento, el recién nacido una vez evaluado neonatológicamente y estable, será trasladado en ambulancia de cuidados intensivos, según indicaciones relacionadas con el traslado de niños cardiopatas, acompañado por personal médico, hacia el Cardiocentro Pediátrico William Soler. La madre, después de ser dada de alta de la maternidad, se alojará en el centro de rehabilitación del Cardiocentro Pediátrico William Soler.

Traslado del recién nacido cardiópata. Las cardiopatías congénitas que debutan en la etapa neonatal se denominan cardiopatías críticas, las cuales son, en su mayoría, ductus dependientes y deben ser remitidas adecuadamente hacia el nivel terciario para realizar la cirugía cardiovascular correctora o paliativa, o para cateterismo intervencionista según corresponda, con el fin de preservar la vida del recién nacido.

Requisitos para el traslado. Documentos:

- Identificación del paciente y del centro de nacimiento.
- Antecedentes familiares y datos del padre y de la madre, incluyendo grupo sanguíneo y antecedentes obstétricos.
- Incidencias del embarazo actual y el parto.
- Test de Apgar, estado al nacimiento, somatometría, medidas terapéuticas y evolución hasta el momento del traslado.

- Motivo de traslado. Evaluación por el cardiopediatra.
 - Consentimiento informado.
 - Registro de constantes e incidencias durante el transporte.
 - Resumen de historia clínica o con copia de hoja del recién nacido.
 - Urgencias relativas:
 - Transposición de grandes vasos (TGV).
 - Drenaje anómalo total de venas pulmonares (DATVP) infracardiaco obstructivo.
 - Atresia pulmonar.
 - Estenosis pulmonar crítica.
 - Atresia tricuspídea (AT).
 - Coartación aórtica (CoAo) crítica.
 - Síndrome de hipoplasia de cavidades izquierdas (SHCI).
 - Atresia aórtica (AAo).
 - Terminación del arco aórtico (IAA).
 - Estenosis aórtica crítica (EAo).
 - Condiciones clínico-humorales:
 - Temperatura. Evitar pérdida de calor y mantener la temperatura axilar alrededor de 36,5 a 37 °C. Transportar en incubadora.
 - Vena profunda.
 - Estabilidad hemodinámica. Con la administración de líquidos o drogas inotrópicas, si está indicado.
 - pH > 7,25.
 - Rx de tórax, no lesiones pleurales ni pulmonares.
 - Perfil de sepsis negativo.
 - Asegurar vías respiratorias libres con intubación endotraqueal y ventilación mecánica si necesario (fiO₂ no más de 30 %).
 - Control de convulsiones.
 - Corregir las alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipocalcemia, hipo- o hiperpotasemia, y otras) y corregir la anemia.
 - Condiciones específicas:
 - Si se sospecha cardiopatía ductus-dependiente usar prostaglandina E1 (véase protocolo).
 - Tratar un cuadro de insuficiencia cardíaca, si fuera diagnosticado.
- Criterios de traslado:
- Recién nacido con peso mayor de 2000 g.
 - Las urgencias relativas, independientemente de la gravedad del paciente, no constituyen emergencias, se debe esperar período de estabilidad hemodinámica, respiratoria, clínica y humoral. No se justifica el traslado sin estas condiciones.
 - En todos los casos debe establecerse comunicación y valoración entre los médicos de los servicios implicados para la decisión del traslado en el momento adecuado y oportuno, en aras de la mejor decisión a favor del paciente.
 - Cuando exista diagnóstico prenatal de malformación cardíaca, debe observarse el paciente, según el cuadro clínico humoral y los exámenes complementarios, antes de definir interconsulta o traslado.

Recomendaciones, en casos de cardiopatías:

- Educar al paciente en su autocuidado.
- La endocarditis es una infección a nivel del corazón producto de una bacteria que entra a través de la piel o mucosas, un problema dentario o inoculado (inyección), circula por el torrente sanguíneo y se aloja en el corazón, sobre todo donde hay una válvula artificial.

Todo ello es prevenible.

- Vigilar la medicación del paciente, su dosis, que las tabletas sean de los miligramos correctos, sus horarios y, por ejemplo, en aquellos que toman anticoagulantes, ser cuidadosos con los análisis de chequeo, así como posibles contraindicaciones o interacciones con otros medicamentos que se vayan a utilizar, por lo que es obligada la consulta con el especialista en estos casos. Los pacientes con tratamientos antiarrítmicos, también deben tener en cuenta estas precauciones.
- Control de la hipertensión arterial, con adecuada dieta y alimentación, el ejercicio y la actividad física.
- Evitar los hábitos tóxicos y la obesidad, así como, velar por la conducta y hábitos de vida saludables. Vigilar, en especial, en el caso de los jóvenes que tienen una cardiopatía, determinados elementos como, por ejemplo, el hacerse tatuajes, o la implantación de piercings, ya que todo aquello que penetra en el organismo puede ser fuente de complicación, y más en un paciente cardíopata, en particular si este está intervenido.

Ruta crítica del paciente cardíopata desde la red cardiopediátrica, hacia y desde el cardiocentro:

- Mujer embarazada / ultrasonido fetal / riesgo preconcepcional.
- Valoración, a partir de la ecocardiografía fetal, de la sospecha de cardiopatía / consejo cardiogenético.
- Al nacer el niño, valoración en neonatología por el cardiopediatra. Realizar pulsioximetría.
- De ser necesario: cuidados intensivos y remisión, si se trata de cardiopatía crítica / urgencia.
- Valoración en el cardiocentro y decisión de tratamiento médico, o de procedimiento invasivo: cateterismo cardíaco intervencionista, o cirugía paliativa o correctiva.
- Según tipo de cardiopatía, se completan estudios (ecocardiograma, estudio hemodinámico y angiocardiografía, tomografía axial computarizada, estudio de arritmias y prueba ergométrica, y otras).
- Seguimiento del paciente en consulta por el cardiocentro y sus médicos de base de la Red Cardiopediátrica Nacional en cada municipio y provincia del país.
- Chequeos periódicos para evaluar al paciente y prevenir complicaciones y secuelas a largo plazo, así como determinar la necesidad de otros estudios y tratamientos.

Objetivo 24. Perfeccionar la atención a las infecciones respiratorias agudas

A nivel de la comunidad (consultorio, servicios de urgencia en la atención primaria de salud, visita al hogar):

24.1. Ejecutar, por el equipo básico de salud (EBS), la atención diferenciada a las infecciones respiratorias agudas (IRA).

- 24.1.1. Identificar a los niños con síntomas o signos de infecciones respiratorias agudas; precisar la historia del episodio, semiología clínica y datos al examen físico, buscando, además, signos de alarma de infección grave.
- 24.1.2. Clasificar al paciente en IRA alta o baja, de acuerdo con el síndrome clínico que presente y su probable etiología viral o bacteriana.
- 24.1.3. Identificar los factores de riesgo relevantes que presente el paciente.
- 24.1.4. Efectuar la remisión al hospital de todos menores de un año con neumonía, así como los mayores de 1 año con neumonías moderadas o severas, no tolerancia a la vía oral para el tratamiento ambulatorio o presenten factores de riesgo.
- 24.1.5. Remitir los niños menores de un año con infección respiratoria aguda complicada y los mayores de 1 año que requieran antibioticoterapia endovenosa; otitis media aguda (OMA) con manifestaciones sépticas o supuración bilateral, sinusitis con celulitis periorbitaria, adenitis abscedadas o mastoiditis agudas.
- 24.1.6. Remitir, los pacientes con infección respiratoria aguda baja, moderada o severa (laringitis, traqueobronquitis, síndrome coqueluchoide, bronquiolitis agudas), o factores de riesgo importantes.
- 24.1.7. Decidir el ingreso en el hogar en casos que necesiten observar su evolución, según características de la infección respiratoria aguda que presenten, así como de los egresados del hospital, con seguimiento diario de los casos, exceptuando a los niños menores de 1 año que siempre tendrán ingreso hospitalario.
- 24.1.8. Indicar medidas generales para todos los casos con infección respiratoria aguda y orientar a las madres los signos a evaluar en el paciente, que alerten de una evolución desfavorable.
- 24.1.9. Indicar tratamiento antibiótico solo en aquellas infecciones respiratorias agudas de probable etiología bacteriana (faringoamigdalitis con alta probabilidad de etiología estreptocócica, otitis media aguda, adenoiditis y sinusitis aguda, traqueítis bacterianas, neumonías).
- 24.1.10. Desarrollar, en el consultorio y en el hogar, actividades educativas sobre prevención de las infecciones respiratorias agudas.

En el hospital:

- 24.2. Proceder, por el especialista, a la atención de los casos con infección respiratoria aguda que lleguen al hospital.
 - 24.2.1. Evaluar clínicamente a los niños con infección respiratoria aguda, remitidos por el médico de la familia o que acudan directamente al hospital.
 - 24.2.2. Observar que el menor de 1 año es muy vulnerable y su asistencia a servicios de salud por dos o más ocasiones, es tributario de ingreso hospitalario.
 - 24.2.3. Decidir la conducta a seguir y, en casos de ingreso hospitalario, que este sea en sala de neumología o servicios de atención al grave.

- 24.2.4. Realizar contrarreferencia al médico de la familia, para los niños remitidos, que a su juicio, puedan llevar tratamiento y seguimiento ambulatorio.
 - 24.2.5. Aplicar, en los servicios de hospitalización, los protocolos de atención para las infecciones respiratorias agudas, con remisión oportuna de pacientes graves, o que requieran observación estrecha, a las unidades de atención al grave; según evolución satisfactoria, egresarán de cuidados intensivos, hacia cuidados intermedios y después a sala de neumología, con un resumen de su evolución en los servicios de atención al grave.
 - 24.2.6. Se realizará discusión colectiva de pacientes graves o con estadía prolongada (más de 7 días); jerarquizar su atención con el personal más capacitado y realizar las interconsultas que sean necesarias.
 - 24.2.7. Dar alta precoz a pacientes mayores de un año que puedan continuar el tratamiento en el hogar.
 - 24.2.8. Entregar, al alta hospitalaria en todos los pacientes, resumen del egreso consignando todos los diagnósticos, resultados de complementarios y orientaciones para su seguimiento.
- 24.3. Proceder al ingreso de los casos siguientes:
- Pacientes con alto riesgo médico social (menores de 3 meses con antecedentes de bajo peso al nacer o desnutridos).
 - Pacientes con infección respiratoria aguda cuyos síntomas empeoren.
 - Pacientes con infección respiratoria aguda en los que se sospecha o confirme una complicación.
 - Laringitis aguda infecciosa moderada o severa. Si se sospecha o confirma una epiglottitis deberá ingresarse rápidamente sin realizar procedimientos o investigaciones intempestivas, se avisará inmediatamente al especialista correspondiente para la intubación (preferentemente) o traqueostomía.
 - Bronquiolitis.
 - Neumonías y bronconeumonías comprobadas. Evitar diagnóstico de hiliós reforzados como bronconeumonía.
- 24.4. Brindar atención a enfermos con COVID-19.
- 24.4.1. Realizar ingreso en el hogar a pacientes asintomáticos o con síntomas leves, con triángulo de evaluación pediátrica normal, sin factores de riesgo, a partir de los 2 años de edad, con esquema de vacunación completo.
 - 24.4.2. Realizar seguimiento clínico por el equipo básico de salud.
 - 24.4.3. Entrenar la familia en la detección precoz de signos de alerta o alarma.
 - 24.4.4. Realizar remisión inmediata al hospital ante presencia de signos alerta o alarma.
- 24.5. Cumplir criterios de ingreso hospitalario:
- Pacientes menores de 2 años.
 - Pacientes con sintomatología moderada y severa independiente de la edad.
 - Pacientes con alteración del triángulo evaluación pediátrica independiente de la edad.
 - Pacientes con patologías agudas asociadas.
 - Pacientes con esquema de vacunación incompleto o no vacunados independientemente de la edad.
- 24.6. Realizar el análisis y discusión de todos los fallecidos por infección respiratoria aguda.

Objetivo 25. Optimizar la atención a la enfermedad diarreica aguda

Aspectos a considerar en las enfermedades diarreicas agudas (EDA)

Factores de riesgo:

- No lactancia materna.
- Uso de antibióticos.
- Ingresos previos.
- Riesgo biológico (menores de 1 año).
- Riesgo social.
- Riesgo geográfico.
- Historia prenatal y natal: alfafetoproteína alterada, presencia de oligoamnios o polihidramnios, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedad infecciosa previa.
- Tubulopatias transitorias por endotoxina en el curso de una enfermedad diarreica o tubulopatias de debut.
- Alteraciones endocrinas: relacionadas fundamentalmente con el sodio y el potasio, hiperplasia adrenal congénita y diabetes insípida que puede ser central o periférica.
- Enfermedades metabólicas.
- Fibrosis quística.
- Enfermedades inmunológicas.
- Debut de enfermedades crónicas.
- Los aspectos a evaluar en el examen físico se muestran en la tabla 7.

Exámenes complementarios:

- Sala de hospitalización: hemograma con diferencial; si el test de cólera/rotavirus en heces es negativo, realizar coprocultivo (sobre todo en la diarrea con sangre y fiebre).
- Si predomina deshidratación ligera: ionograma, gasometría; si alterados, remisión a cuidados progresivos.
- Si se presenta fiebre mantenida, realizar otoscopia, cituria y urocultivo, si el test de rotavirus negativo.
- Si el paciente presenta estado toxinfecioso después de una rehidratación adecuada, se remite a cuidados progresivos, se realiza perfil de sepsis y se indica ceftriaxona, que se puede desescalar a las 48 h según los resultados de los complementarios.
- No se recomienda la indicación de buscar polimorfonucleares, ni Gram en heces fecales.

Tabla 7. Aspectos a evaluar en el examen físico

| Evaluar | Plan A | Plan B | Plan C |
|---------------------|---------------|------------------------|--------------------------|
| Estado general | Normal | Irritable o hipoactivo | Letárgico o comatoso |
| Ojos | Normal | Hundidos | Hundidos |
| Mucosa | Normal | Secos | Secos |
| Sed | Normal | Sediento | Incapaz de beber |
| Pulso radial | Normal | Disminuidos | Ausente, no constatable |
| Turgidez de la piel | Normal | Reducida | Ausente, no constatable |
| Diuresis | Normal | Disminuida | Muy disminuida o ausente |

Criterios de ingreso en el hospital:

Signos de respuesta inflamatoria sistémica: impresiona muy enfermo pálido, taquicárdico y polipneico.

- Riesgo social, biológico o geográfico, acorde a las categorías establecidas según Programa Nacional de Atención Materno Infantil.

Fiebre ≥ 38 °C mantenida.

- Sangre visible en materias fecales. Descartar patología quirúrgica: invaginación intestinal, apendicitis del lactante en pacientes que no responden a la terapia de fluidos establecida previo examen físico. Realizar ultrasonido abdominal o interconsulta con cirugía.
- Diarrea abundante y frecuente que pueda comprometer el estado de hidratación, asociado a vómitos, ya que no puede reponer el volumen necesario.

Vómitos persistentes.

- Deshidratación moderada a severa.
- No respuesta a sales de rehidratación oral (SRO).
- Diuresis escasa o ninguna, referida por la madre en 6 h.

Tratamiento de la enfermedad diarreica aguda (EDA)

Evaluación inicial:

- Antecedentes del paciente: volumen de heces, frecuencia, tiempo que media entre la aparición del cuadro clínico y la primera consulta al sistema de salud, presencia de sangre, uso de medicamentos previos, presencia de vómitos, presencia de fiebre, astenia e irritabilidad.
- Deshidrataciones:
 - Por alteración en la concentración de sodio: isotónica, hipotónicas e hipertónicas.
 - Por pérdida del peso corporal: ligera, moderada y severa, **shock**.

Nota importante: En el lactante menor de 6 meses, realizar examen de la fontanela anterior.

Tratamiento curativo:

- Plan A:
 - Aumentar los líquidos. La primera opción son las sales de rehidratación oral, administrar después de cada diarrea líquida.
 - Mantener la alimentación habitual del paciente.
 - Enseñar a la madre a identificar los signos de alarma que le permitan reconocer la evolución del paciente.
 - Es muy importante recordar que el uso té negro está contraindicado en menores de 5 años, por el riesgo a que produzca convulsiones.
 - Debe mantenerse la alimentación y no debe suspenderse la lactancia materna.
- Tratar a los pacientes con deshidratación moderada con el Plan B. Este consiste en rehidratación oral:
 - Las sales de rehidratación oral se deben administrar por sorbos pequeños y en una taza; si el niño vomita esperar 10 min y continuar lentamente.
 - Las sales de rehidratación oral no se modifican, se diluyen según la presentación; las vigentes en Cuba son las de osmolaridad reducida, aptas para todas las edades incluyendo el recién nacido.
- Administración de zinc. Se administrarán los suplementos de zinc, desde el inicio de la enfermedad diarreica (plan A).

- Alimentación: Los alimentos no deben darse durante el período de rehidratación inicial, excepto la leche materna. Sin embargo, los niños que siguen el plan B más de 4 h, deben recibir alimentación cada 3 o 4 h, una vez rehidratados. Evitar la comida chatarra.

Algunos líquidos son potencialmente peligrosos y deben evitarse durante la diarrea.

Ejemplos:

- Bebidas gaseosas comerciales.
 - Jugos de frutas comerciales.
 - Té.
- Criterios de empeoramiento, traslado a cuidados progresivos:
 - Aparición de fiebre elevada mantenida, con elementos de respuesta inflamatoria sistémica.
 - Presencia de vómitos, que le impide tomar sales cuando se le prueba la vía oral, vómitos incoercibles.
 - Toma del sensorio.
 - Gran debilidad que le impide sostenerse.
 - Fiebre elevada que no cede a las medidas antitérmicas.
 - Diuresis disminuida.
 - Paciente que necesite plan B.
 - Plan C (no colérico):
 - A los niños con deshidratación grave se les debe suministrar rápidamente rehidratación endovenosa, seguida de terapia de rehidratación oral tan pronto como el niño pueda beber, generalmente de 3 a 4 h en el lactante y 2 h en el niño mayor.
 - Reevaluar al enfermo cada 1 h y, si no mejora, se debe administrar el goteo más rápido.
 - A las 6 h se recalifica el estado de rehidratación del lactante y a las 3 h al niño mayor.
 - Plan C (colérico):
 - Administrar rápidamente rehidratación endovenosa. Primera hora: 50 mL/kg; segunda hora: 25 mL/kg; tercera hora 25 mL/kg, total 100 mL/kg en 3 h, pudiendo llegar a 200 mL/kg en 24 h, seguida de terapia de rehidratación oral tan pronto como el niño pueda beber.
 - El paciente desnutrido deshidratado siempre es considerado como un paciente en estado crítico.
 - Ingreso del paciente en centro hospitalario; realizarle gasometría e ionograma.
 - La rehidratación oral debe ser por vía oral o sonda nasogástrica.
 - Medir frecuencia cardíaca y respiratoria al inicio y cada 10 min; cuando se normalizan, indican mejoría. Si no hay mejoría sospechar que hay sepsis asociada.
- Criterios de egreso. Al alta debe ser cumplida la contrarreferencia al área de salud.

Diarrea grave. Es toda diarrea, que independientemente del tiempo de evolución, presente complicaciones hidroelectrolíticas, ácido-básicas con o sin afectación del estado nutricional, que puedan comprometer la vida del paciente después de 1 h tratada adecuadamente, con corrección de los trastornos que aparecen.

Es necesario ingresar a todo paciente menor de 1 año que necesite reposición de volumen endovenoso (EV) aunque el reporte pueda variar en horas. Necesariamente no

lleva uso de antimicrobianos. Estos pacientes tienen que estar ingresados en cuidados progresivos.

Manejo del paciente con diarrea grave o intratable:

- Corrección del desequilibrio del medio interno
- Se mantendrá plan C de inicio y se harán reajustes de la volemia posteriormente; a las 6 h en el menor de 1 año y las 3 h en el mayor de 1 año, se maneja el malnutrido como está establecido vigilando frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC), hematocrito (Hto) y hemodinamia; de inicio, solución salina, ringer lactato, o mezcla con dextrosa al 5 % o al 10 %.
- El propósito es tratar de mantener euvolemia.
- Se debe comenzar la nutrición lo más rápido, siempre que sea posible, aunque el cuadro digestivo no se cura por la entrada a cuidados progresivos.

El médico de la familia o pediatra de atención primaria de salud debe cumplir con las acciones siguientes:

- 25.1. Realizar el diagnóstico oportuno de las enfermedades diarreicas agudas tomando en consideración los factores de riesgo:
- 25.2. Incrementar la lactancia materna a través de actividades educativas, y de su promoción en la consulta de puericultura prenatal.
- 25.3. Promover la rehidratación oral.
- 25.4. Evitar el uso indiscriminado de antibióticos y cocteles de medicamentos.
- 25.5. Remitir precozmente para su ingreso:
 - Pacientes de alto riesgo (menores de tres meses) con antecedentes de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, malnutridos por defecto o con enfermedades crónicas como las cardiopatías).
 - Pacientes con elevado riesgo social.
 - Pacientes con deshidratación moderada o intensa.

Los médicos de atención secundaria deben:

- 25.6. Evaluar el paciente antes del ingreso por el profesor o especialista jefe de la guardia.
- 25.7. Analizar y evaluar en colectivo, los casos de pacientes menores de un año con diarrea, si no hay mejoría en las primeras 24 h, para trazar estrategias específicas de investigación y sobre todo de soporte nutricional; NUNCA se suspende la lactancia.
- 25.8. Lavarse las manos antes y después de examinar o atender cada paciente.
- 25.9. Mantener la dotación normal de camas en salas de enfermedad diarreica aguda, evitando el hacinamiento; en caso de incremento del número de ingresados, ampliar a expensas de otros servicios.
- 25.10. Atender a los pacientes graves en salas de terapia intensiva y cuidados intermedios, según criterio médico y con personal de enfermería calificado.
- 25.11. Discutir colectivamente todo caso grave o con estadía mayor de 7 días, dejando constancia en la historia clínica.
- 25.12. Realizar cuantos pases de visita sean necesarios en los casos graves.

- 25.13. Evaluar el estado nutricional y el aporte proteico calórico de los casos ingresados en salas de enfermedad diarreica aguda. Realizar toma de peso, tres veces por semana como mínimo.
- 25.14. Mantener una estrecha vigilancia sobre los accesos venosos.
- 25.15. Exigir al personal de los servicios para la atención a la enfermedad diarreica aguda, lavarse las manos antes y después de examinar o manipular un paciente y secarse las manos con material desechable o al aire.
- 25.16. Hacer chequeo microbiológico del personal que trabaja en salas de enfermedades diarreicas agudas con una periodicidad trimestral. El jefe de servicio será el responsable del tratamiento y control posterior del personal portador de enteropatógenos y protozoarios patógenos.
- 25.17. Tomar muestras bacteriológicas del ambiente, leche, agua y fómites, realizando análisis, a nivel de servicios, de la situación detectada e incluyendo toda la información en una carpeta.
- 25.18. Exigir al personal que trabaje en salas de enfermedades diarreicas agudas que mantenga las uñas cortas y que no usen joyas en las manos.
- 25.19. Evitar el contacto con otros pacientes ingresados.
- 25.20. Exigir a la madre o al padre acompañante el lavado de las manos antes de tocar a su hijo.
- 25.21. Mantener actualizado el registro diario de pacientes atendidos, ingresos y egresos por enfermedades diarreicas agudas, según área de salud.
- 25.22. Cumplir estrictamente los chequeos microbiológicos de la sala y compararlos con chequeos anteriores para tomar las medidas pertinentes.
- 25.23. Reportar inmediatamente al comité de prevención y control de la infección hospitalaria, de todo caso sospechoso o confirmado de haber adquirido una infección asociada a la asistencia sanitaria.

Objetivo 26. Disminuir la morbilidad y mortalidad por sepsis y desarrollar los servicios de infectología

Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IASS) son todas aquellas infecciones que no estén presentes o incubándose en el momento del ingreso en el hospital.

Las definiciones de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria se basan en los principios siguientes:

Primero. La información usada para determinar la presencia y la clasificación de una infección comprende varias combinaciones de hallazgos clínicos y resultados de laboratorios, microbiología y otros test diagnósticos.

Segundo. Es un criterio aceptado de infección, a menos que exista evidencia de lo contrario, el diagnóstico médico o quirúrgico de infección derivado de la observación directa durante la cirugía, endoscopia u otros estudios diagnósticos o basados en el juicio clínico.

Tercero. Para que una infección sea definida como infección asociada a la asistencia sanitaria, no debe haber evidencia de infección presente o incubándose en el momento del ingreso. Se considera que ocurre en las siguientes situaciones especiales:

- Infección que se adquiere en el hospital y aparece tras el alta.
- Infección en el recién nacido como resultado del paso por el canal del parto.

No se considera infección asociada a la asistencia sanitaria a la infección que ocurre como resultado de las situaciones especiales siguientes:

Infección que se asocia con complicación o extensión de infecciones presentes al ingreso, a menos que un cambio de agente o de síntomas sugiera la adquisición de una nueva infección.

Infección en un niño, que es conocido o está probado que ha sido adquirida por vía trasplacentaria (herpes simple, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y sífilis) y que comienza precozmente tras el nacimiento.

Excepto en pocas situaciones que se refieren en las definiciones, no se toma un tiempo específico durante o después de la hospitalización para determinar si una infección debe ser confirmada como infección asociada a la asistencia sanitaria si hay evidencia que la relaciona con la hospitalización. En el diagnóstico presuntivo es vital la experticia de los facultativos.

Los factores de riesgo que favorecen la aparición de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria son:

La sobreutilización de antibióticos.

La insuficiencia de personal sanitario, que hace difícil seguir los protocolos de limpieza, favoreciendo la permanencia y difusión de bacterias patógenas en detrimento de bacterias saprofitas.

El lavado y desinfección insuficiente de las manos como vehículo de contaminación de la piel y mucosas del recién nacido y, por tanto, principal causa de colonización en este. La utilización del material que va a estar en contacto con el niño (termómetros, fonendoscopios, sondas, tetinas, incubadoras, tubos endotraqueales y otros) insuficientemente desinfectado.

En la contaminación de la mucosa respiratoria, los factores de riesgo más importantes son la intubación intratraqueal, las aspiraciones intratraqueales y la utilización de respiradores.

En la contaminación de la mucosa digestiva, los factores de riesgo más importantes son la utilización de sondas nasogástricas desinfectadas de forma inadecuada, la utilización de tetinas de biberones contaminadas y el empleo de fórmulas nutricionales elaboradas sin la debida limpieza.

Para el diagnóstico de sepsis intrahospitalaria relacionada con catéter, se requiere el aislamiento del mismo germen (mismo tipo y antibiograma) en hemocultivo y punta de catéter (método de Maki) con ausencia de otro foco evidente responsable de bacteriemia.

26.1. Realizar acciones de promoción y prevención de sepsis y otras infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria en la atención secundaria.

26.2. Exigir la higiene de manos que ha mostrado ser la principal barrera para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, sin desestimar el resto de las medidas.

26.3. Implementar acciones de prevención de la sepsis y las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en los salones de parto:

26.3.1. Exigir el cumplimiento de los protocolos de adherencia al lavado de manos.

26.3.2. Velar por la calidad de las soluciones.

- 26.3.3. Utilizar los medios de protección adecuados para cada proceder, en cada uno de los cuales se cumplirán las normas y procedimientos establecidos por enfermería, dispositivos de barreras: guantes, batas, máscaras, gafas de protección ocular.
 - 26.3.4. Cumplir los protocolos de limpieza.
 - 26.3.5. Garantizar la adecuada climatización.
 - 26.3.6. Controlar la adecuada segregación de los dispositivos médicos.
 - 26.3.7. Vigilar la trazabilidad de los materiales estériles.
 - 26.3.8. Exigir el no uso de dispositivos, como móviles, durante proceder.
 - 26.3.9. Garantizar la disponibilidad de cestos y bolsas para residuales.
 - 26.3.10. No ingerir alimentos en los servicios cerrados.
- 26.4. Exigir el adecuado lavado de las manos, como la medida más eficaz antes de manipular al recién nacido, para evitar la contaminación de este por los gérmenes patógenos.

Acciones relacionadas con el puerperio:

- 26.5. Realizar acciones de promoción y prevención en los salones de hospitalización:
- 26.5.1. Exigir la higiene de las manos en sus cinco momentos en la atención médica.
 - 26.5.2. Exigir la higiene de las manos, individual y familiar, durante la manipulación del recién nacido.
 - 26.5.3. Mantener un ambiente iluminado ventilado con adecuada disponibilidad de muebles clínicos para cada paciente.
 - 26.5.4. Vigilar activamente que cada paciente permanezca en su unidad sin contactar con el paciente contiguo.
 - 26.5.5. Cumplir los protocolos establecidos para cada paciente y en la estación de enfermería por el personal de asistencia.
 - 26.5.6. Cumplir los protocolos para la disposición de los residuales sólidos y líquidos.
 - 26.5.7. Promover la lactancia materna exclusiva con sus ventajas para la puérpera y su recién nacido.

Aspectos sobre la prevención de la infección del sitio quirúrgico:

- 26.6. Cumplir las acciones de prevención de la infección del sitio quirúrgico, basadas en los cinco pilares establecidos:
- I. Profilaxis antibiótica.
 - II. Antisepsia de la piel con solución de clorhexidina alcohólica al 2 %.
 - III. Eliminación correcta del vello:
 - Hay unanimidad en no recomendar la eliminación del vello o hacerlo con cortadoras o depilación química en vez de realizarlo con rasuradora y, si procede, hacerlo el mismo día de la cirugía, debido a que el rasurado produce microerosiones próximas a la zona de incisión, que serían colonizadas por microorganismos hospitalarios.
 - De realizar el proceder por ser estrictamente necesario es importante la realización del baño corporal del paciente después de la eliminación del vello.

IV. Mantenimiento de la normotermia.

V. Mantenimiento de la normoglucemia.

Estos cinco pilares deben ser vigilados tanto por el personal propio como por el equipo de higiene y epidemiología del centro hospitalario.

- 26.7. Realizar el análisis epidemiológico de los resultados reportados al final de cada periodo.
- 26.8. Mantener la vigilancia de los resultados microbiológicos ante cualquier cuadro clínico sospechoso de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- 26.9. Cumplir de manera estricta con la adherencia a los protocolos de administración de antibióticos.
- 26.10. Implementar acciones de prevención, teniendo en cuenta la frecuencia y mortalidad de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria; realizar los máximos esfuerzos para evitarlas, y en estos casos es necesario considerar:
 - Los protocolos de diagnóstico que permitan evitar la utilización de antibióticos en casos dudosos.
 - La implantación y seguimiento de utilización de protocolos de limpieza y esterilización del material de diagnóstico o tratamiento.
 - La utilización de material de diagnóstico o tratamiento limpio y estéril.
 - Inicio precoz de la alimentación enteral, lo que conlleva menos días de alimentación intravenosa, utilización de técnicas estériles para la colocación de catéteres invasivos y para el manejo de sus conexiones y llaves.
 - Cumplir los protocolos establecidos para el correcto funcionamiento de los comités de prevención y control de la infección hospitalaria.
- 26.11. Dotar de los recursos humanos, de tipo higiénico sanitario, los principales hospitales del país (epidemiólogos, enfermeras vigilantes, vigilantes epidemiológicos, microbiólogos, técnicos de microbiología).
- 26.12. Dotar de los recursos materiales necesarios para la prevención y el control de infecciones a los hospitales del país (equipos y locales de microbiología, equipo de desinfecciones, esterilización y desinfectantes).
- 26.13. Realizar cursos sobre normas técnicas, uso de desinfectantes, manejo de la esterilización y otros elementos pertinentes a: pediatras, ginecobstetras, neonatólogos, enfermeras, resto del personal técnico y de servicios de los hospitales, con el objetivo de evitar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (periodicidad: dos veces al año).
- 26.14. Lograr que todo el personal médico y paramédico conozca, identifique y aplique las medidas oportunas en presencia de sepsis.
- 26.15. Conocer mensualmente y discutir las causas posibles de los gérmenes circulantes en el hospital que producen infecciones hospitalarias, con el objetivo de tener una mejor orientación diagnóstico-terapéutica en los casos infectados, y de trazar una estrategia adecuada de desinfección.
- 26.16. Mantener los estudios bacteriológicos del medio ambiente, leche, alimentos, fómites, y otros, de acuerdo a los protocolos establecidos y hacer control sorpresivo de manos, soluciones desinfectantes, instrumental estéril y superficies.

- 26.17. Mantener actualizado el control bacteriológico del personal hospitalario de acuerdo con los protocolos establecidos.
- 26.18. Realizar mapa microbiológico de la institución cada 6 meses.
- 26.19. Evitar el uso indiscriminado de antibióticos, controlando en cada sala o servicio el uso de estos, haciendo énfasis en los resultados del mapa microbiológico.
- 26.20. Evitar el hacinamiento de los servicios.
- 26.21. Brindar, a la madre, al padre u otro acompañante, educación para la salud tendiente a evitar infecciones cruzadas.
- 26.22. Hacer énfasis especial con el personal que labora en hospitales en el lavado sistemático de las manos, como medida fundamental en la prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria.
- 26.23. Realizar desinfección terminal de camas, aspiradoras, tiendas de oxígeno, equipos y fómites después de su uso en niños ingresados y cumplir los protocolos de desinfección establecidos.
- 26.24. Controlar sistemáticamente los departamentos de esterilización verificando mediante los medios adecuados (cinta testigo y control biológico) su normal funcionamiento.
- 26.25. Control en la manipulación de las punturas venosas, trocares y mochas desechables y chequeo periódico de las venas que han sido puncionadas.
- 26.26. Lograr que todo el personal médico y paramédico conozca, identifique y aplique las medidas oportunas en presencia de la sepsis.
- 26.27. Dotar a todos los centros hospitalarios de un servicio de infectología clínica. El servicio puede o no contar con camas de hospitalización, aunque se prefiere sean servicios itinerantes que evalúen y discutan los casos en los diferentes servicios de hospitalización a solicitud de los médicos de asistencia, o por interés de este, teniendo la facultad de hacer las indicaciones médicas según lo requiera cada caso y manteniendo el seguimiento.
- 26.28. Subordinar los servicios de infectología a la dirección de la institución en la que radiquen, de forma tal que se puedan tomar decisiones inmediatas para solucionar los problemas detectados:
 - 26.28.1. Indicar que, ante un problema de emergencia provincial o nacional, los servicios de infectología responderán al Director Provincial de Salud o al Ministro de Salud Pública, según magnitud del problema.
 - 26.28.2. Cumplir las funciones del servicio de infectología, que son:
 - Constituir un grupo multidisciplinario de trabajo (infectólogo, epidemiólogo, inmunólogo, microbiólogo) que promueva y jerarquice la discusión de los casos de enfermedades infecciosas.
 - Orientar y coordinar los estudios especializados de diagnóstico microbiológico con el laboratorio del hospital o los laboratorios de referencia del país.
 - Ofrecer el pase de visita diario a los casos con enfermedades infecciosas complicadas evaluados por el servicio.

- Jerarquizar el tratamiento y seguimiento de cualquier brote o epidemia en la institución o el país.
- Evaluar de forma inmediata todas las interconsultas solicitadas en salas de hospitalización.
- Realizar discusión diaria para el uso de antibióticos en las salas evaluando y examinando cada caso en particular.
- Impartir los temas de la especialidad a los estudiantes de pre- y postgrado.
- Programar cursos de actualización dirigidos a especialistas de pediatría y otras especialidades afines
- Establecer programas de cooperación entre la atención primaria y otras instituciones de salud para fortalecer la prevención y diagnóstico oportuno de las enfermedades infecciosas.
- Participar de forma activa en las reuniones de los comités farmacoterapéutico, comité para el control y prevención de la infección intrahospitalaria y el comité de mortalidad.
- Diseñar las guías de prácticas clínicas y el manual de procedimiento diagnóstico de la especialidad.
- Diseñar y controlar la profilaxis antibiótica en los hospitales.
- Diseñar protocolos de investigación para conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de las enfermedades infecciosas en el país.
- Colaborar en estudios multicéntricos nacionales e internacionales en relación con determinadas enfermedades infecciosas de control regional.
- Colaborar con la Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia Antimicrobiana.
- Mantener constante actualización en la especialidad y monitorizar e informar de forma inmediata al Sistema Nacional de Salud ante la evolución inusual de cualquier enfermedad infecciosa.

26.29. Evaluar, de manera obligatoria, por el servicio, las patologías siguientes:

- Enfermedades emergentes y reemergentes.
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Infecciones en pacientes inmunocomprometidos.
- Síndrome de mononucleosis infecciosa.
- Síndrome febril prolongado.
- Cualquier proceso infeccioso con una evolución tórpida.
- Infecciones por microorganismos multidrogoresistentes.

Objetivo 27. Perfeccionar la atención a las afecciones oncológicas en la infancia

27.1. Realizar un diagnóstico precoz del cáncer infantil. Ninguna prueba de laboratorio o estudio de imagen, sustituye la anamnesis y la exploración física exhaustiva.

El diagnóstico precoz del cáncer infantil se apoya en tres puntos clave:

Índice de sospecha elevado. Las neoplasias infantiles son raras, por lo que si no se piensa en ellas no se pueden diagnosticar. Es preciso realizar el diagnóstico diferencial con patologías comunes hematológicas, linfáticas, neurológicas, gastrointestinales, cutáneas y de partes blandas o del aparato locomotor, entre otras.

Existencia de grupos de alto riesgo. Determinados grupos de pacientes tienen mayor predisposición a desarrollar tumores, por lo que se debe extremar la vigilancia, dentro de ellos se incluyen los casos con síndromes neurocutáneos, malformaciones congénitas, cromosomopatías, inmunodeficiencias o historia familiar de cáncer heredo-familiar.

Signos de alarma o "banderas rojas". Existen determinados síntomas y signos-guía sugerentes del cáncer infantil, que aparecen aproximadamente en el 85 % de los niños que desarrollan una neoplasia y son los que hacen sospechar de un cáncer pediátrico; dentro de ellos se encuentran: síndrome febril prolongado, vómitos, pérdida de peso, astenia, anorexia sin causa aparente, constipación, diarreas crónicas, tos, dolor óseo o muscular persistente, cefalea, hematuria, síndrome adénico, anemia crónica de etiología desconocida, masa testicular y en partes blandas, dificultad en la micción, dolor abdominal e hipertensión arterial.

27.2. Implementar las acciones de control del cáncer en etapa infantojuvenil.

La red de atención integral a los niños con cáncer se organiza en nueve centros del país, todos con capacidad instalada para la atención regionalizada de los pacientes y acreditados según los parámetros establecidos por nivel de actividad.

27.2.1. Ejecutar la implementación del software cubano ONCOPED en todo el país. Con el propósito de ofrecer atención integral a estos pacientes, se ha organizado de conjunto con la dirección nacional de trabajo y asistencia social, un sistema de control de las necesidades intra- y extrasectoriales, a través del software cubano ONCOPED, lo que permite conocer en tiempo real el nivel de solución de estas, en los niños diagnosticados con la enfermedad en el territorio nacional.

27.2.2. Velar por el cumplimiento de las acciones para la atención ante síntomas y signos de alarma, para lo que se indica el procedimiento siguiente:

- Valorar al niño por los especialistas en Medicina General Integral (MGI) y pediatra del área de salud.
- Si existe elevada sospecha, se remitirán los casos a los centros definidos para la atención oncológica pediátrica según regionalización, para su rápido diagnóstico e inicio del tratamiento.
- Se notificará al policlínico universitario cabecera y este a su vez a la dirección municipal del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI).
- En el hospital correspondiente, se evaluará por los especialistas del servicio de oncología pediátrica y/o con los expertos según el sitio anatómico de la lesión.

- La trabajadora social del servicio de oncología se encargará de la notificación del caso al Programa Nacional de Atención Materno Infantil provincial.
- Ante tumores raros cuyo manejo es difícil en ocasiones, se interconsultará el caso con los especialistas del Instituto Nacional de Oncología y Radiología (INOR), para precisar conducta a seguir.
- Las muestras de biopsias que ofrezcan dudas, serán enviadas a los laboratorios de referencia nacional de anatomía patológica (Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras y el Instituto Nacional de Oncología y Radiología).
- La discusión del caso se realizará siempre en el grupo multidisciplinario, este se integra según especialidades implicadas como oncólogos, pediatras, patólogos, psicólogos, radiólogos, cirujanos pediatras, entre otras. La decisión de la estrategia de tratamiento nunca deberá ser definida por un solo médico.
- En cualquier localización es preciso disponer de estudios de imágenes y resultados de complementarios recientes para no perder tiempo y que no se atrase el inicio del tratamiento previsto.

Objetivo 28. Contribuir al fortalecimiento de una cultura de prevención de lesiones no intencionales, en niños, niñas y adolescentes, que involucre a la familia, y a la sociedad en su conjunto

- 28.1. Incrementar el nivel de conocimientos sobre la prevención de lesiones no intencionales en la comunidad.
- 28.2. Promover acciones educativas encaminadas a obtener un medioambiente más seguro.
- 28.3. Mejorar la calidad de la atención médica integral al accidentado.
- 28.4. Definir anualmente las estrategias de este programa, basado en el conocimiento de la morbilidad y las características epidemiológicas de las lesiones no intencionales en los menores, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - Los conocimientos de la morbilidad y mortalidad por lesiones no intencionales y las características del medioambiente, basado en el perfeccionamiento de las estadísticas de salud.
 - Consolidación de los diferentes sistemas de vigilancia en los niños/niñas y adolescentes (sistema de vigilancia de enfermedades crónicas y transmisibles, entre otros).
 - Desarrollo de investigaciones por encuestas y centros centinelas, entre otros e introducción en la práctica de sus resultados.
- 28.5. Aplicar las dos estrategias de prevención:
 - Estrategias activas (actuando sobre el hombre, elevando su nivel de conocimiento).
 - Estrategias pasivas (actuando sobre el medio para disminuir los factores de riesgo y haciéndolo más seguro. Incrementar el nivel de conocimientos sobre la prevención de lesiones no intencionales en la comunidad y promover acciones educativas, encaminadas a tener un medio ambiente más seguro.

- 28.6. Desarrollar intervenciones mediáticas permanentes a través de la prensa, la radio, la televisión y las redes sociales, entre otros, con la participación activa de organismos y organizaciones vinculadas con la prevención de lesiones no intencionales.
- 28.7. Mantener actualizado y capacitado al personal de salud de los diferentes niveles de atención.
- 28.8. Identificar mediante el equipo de salud, los factores de riesgo en relación con la incidencia de lesiones no intencionales en la comunidad (hogares, instituciones infantiles, escuelas, centros laborales, deportivos y recreativos, vía pública y otros), basándose en la visita de control, establecida como parte de su contenido de trabajo, junto con el informe de las acciones necesarias, para conseguir la disminución de estos factores a corto, mediano o largo plazos.
- 28.9. Mantener la colaboración de organismos, y organizaciones nacionales y extranjeras, para elaborar ediciones de propaganda gráfica y folletos, en relación con la prevención de lesiones no intencionales.
- 28.10. Establecer la “Semana de prevención de lesiones no intencionales en el hogar”, con la participación de la FMC, atención primaria de salud y los integrantes de la comunidad.
- 28.11. Apoyar los círculos de interés de la Cruz Roja pioneril y de enfermería. Promover exposiciones, fotografías y dibujos realizados por niños sobre prevención de lesiones no intencionales.
- 28.12. Impartir a la comunidad temas a las brigadistas sanitarias de la FMC, al personal de la Cruz Roja y al personal paramédico, para actuar como socorristas ante la emergencia de un accidente.
- 28.13. Promover el incremento del número de salvavidas para aseguramiento en las playas y otros centros turísticos que lo requieran y ofrecer una transportación eficiente de estos accidentados.
- 28.14. Brindar una atención de urgencia calificada en los diferentes niveles de atención.
- 28.15. Realizar encuestas en los niños/niñas y adolescentes accidentados y sus familiares durante su estadía hospitalaria, para determinar los factores causales.
- 28.16. Brindar apoyo psicológico a todo niño y adolescente accidentado y a su familia como parte de la atención integral.
- 28.17. Promover la rehabilitación y su temprana incorporación a la sociedad.
- 28.18. Determinar mediante investigaciones los grupos de riesgo de lesiones no intencionales en la comunidad y dirigir las acciones preventivas prioritarias hacia los más afectados.
- 28.19. Perfeccionar el análisis estadístico de la accidentalidad infanto-juvenil.
- 28.20. Elevar las capacidades técnicas y de apoyo relacionado con la atención a lesionados pediátricos por lesiones no intencionales de tránsito.
- 28.21. Lograr la creación y funcionamiento de las comisiones de prevención de lesiones no intencionales a todos los niveles.
- 28.22. Implementar un sistema de vigilancia de morbilidad y mortalidad por lesiones no intencionales en los niños/niñas y adolescentes en lugares seleccionados (centros centinelas, sistema de información continua, encuestas, otros).

- 28.23. Realizar un taller nacional de prevención de lesiones no intencionales en los niños, las niñas y los adolescentes, cada dos años.
- 28.24. Brindar en las consultas de niño sano (puericultura), y pediatría, información a los padres sobre la prevención de lesiones no intencionales de acuerdo con la edad del niño y en correspondencia con los aspectos relacionados con su crecimiento y desarrollo.
- 28.25. Brindar información periódica a los trabajadores, tanto del Ministerio de Salud Pública como del Ministerio de Educación y a otros, sobre la producción de lesiones no intencionales y su repercusión sobre la salud.
- 28.26. Mantener divulgación permanente a través de los medios de comunicación a los diferentes niveles sobre la prevención de lesiones no intencionales.
- 28.27. Mantener las conferencias a los profesores de los institutos superiores pedagógicos sobre esta actividad.
- 28.28. Aprovechar la oportunidad de las visitas al hogar, tanto por el médico de la familia como por cualquier otro personal de salud para detectar posibles peligros potenciales en la producción de lesiones no intencionales y obrar consecuentemente.
- 28.29. Aprovechar la oportunidad que brindan los medios masivos de comunicación, tanto nacionales como locales, radiales, televisivos como la prensa escrita, para promover el interés de la población en la prevención de las lesiones no intencionales que es la primera causa de muerte en edades pediátricas
- 28.30. Implementar celebración anual en todo el país de la “Semana de prevención de lesiones no intencionales en el hogar”, con la participación de la FMC, atención primaria de salud y la comunidad, dirigida a la primera infancia.
- 28.31. Realizar preparación paulatina de la población con simuladores para la atención de primeros auxilios a los lesionados.

Objetivo 29. Brindar atención médica integral a los niños en situación de discapacidad y a las enfermedades crónicas de la infancia

- 29.1. Brindar atención médica, donde se cumplimenten actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y educación.
- 29.2. Ofrecer a los niños con alteraciones del psiquismo un seguimiento especializado por psiquiatría infantil.
- 29.3. Dar atención neurológica y logofoniatría a los pacientes que lo requieran.
- 29.4. Brindar a los niños que lo requieran, la atención especializada en ortopedia y fisioterapia.
- 29.5. Proporcionar a los niños impedidos físicos y mentales atención estomatológica.
- 29.6. Proporcionar a los niños ingresados una atención eficiente de enfermería.
- 29.7. Confeccionar un programa de actividades recreativas para el niño ingresado.
- 29.8. Seleccionar y capacitar al personal que trabaja en instituciones dedicadas a estos niños.
- 29.9. Ofrecer a los padres conocimientos necesarios para tratar adecuadamente a sus hijos.

- 29.10. Brindar atención psicopedagógica y terapéutica para lograr el mayor grado de recuperación posible.
- 29.11. Cumplir las inmunizaciones correspondientes teniendo en cuenta la enfermedad del niño.
- 29.12. Brindar asesoramiento genético a los padres de estos niños.
- 29.13. Controlar el trabajo técnico del médico en estas instituciones.
- 29.14. Ofrecer atención de calidad a los niños con enfermedades crónicas que reciben seguimiento priorizado:
 - Diabetes *mellitus*.
 - Enfermedad celiaca.
 - Fibrosis quística.
 - Errores congénitos del metabolismo.
 - Autismo.
 - Parálisis cerebral.
 - Enfermedad de Wilson.
 - Asma bronquial.
 - Diabetes insípida nefrogénica.
 - Déficit de hormona del crecimiento.
 - Insuficiencia renal crónica.
 - Trasplante renal y hepático.
 - Síndrome nefrótico.
 - Cáncer.
 - Enfermedades reumatológicas.
 - Cardiopatías congénitas.
 - Sicklemia y otras enfermedades hematológicas.
 - Xerodermia pigmentosa y otras genodermatosis.
 - VIH/Sida.

Enfermedades crónicas de la infancia. La prolongación de la expectativa de vida al nacer por la disminución de la mortalidad neonatal (atribuible al ascenso de la supervivencia del recién nacido con muy bajo peso al nacimiento), infantil y del menor de 5 años, ha favorecido la emergencia de otros problemas de salud infantil, específicamente otra tipología de afecciones que evolucionan también como enfermedades crónicas de la infancia (ECI).

- 29.14.1. Garantizar a los pacientes con enfermedades crónicas de la infancia atención prolongada y cuidados especiales (en diversidad y cantidad), toda vez que entre sus principales características figuran: verse incapacitados para desarrollar una vida normal, experimentar largas y numerosas hospitalizaciones, ser centro de sobreprotección de una familia angustiada y poseer un futuro incierto en cuanto a las potencialidades y menoscabo de su calidad de vida relacionada con la salud
- 29.14.2. Garantizar el acceso a terapias que eviten el agravamiento de la enfermedad.

- 29.14.3. Asegurar la atención según grupo dispensarial y seguimiento interdisciplinario en consultas especializadas
- 29.14.4. Controlar sus necesidades nutricionales, de medicamentos y educativas especiales.
- 29.14.5. Identificar y trasladar oportunamente, para su solución, las necesidades sociales de estos niños a los trabajadores sociales.
- 29.14.6. Desarrollar de los recursos humanos y materiales de las especialidades, dedicadas a la atención de estas enfermedades.
- 29.14.7. Capacitar sistemáticamente los equipos básicos de salud, en los aspectos del manejo de las enfermedades que poseen sus pacientes.
- 29.14.8. Proporcionar una atención accesible, continua y coordinada centrada en el niño y su familia que les permita su integración social y una vida plena según sus potencialidades.
- 29.14.9. Incorporar en la práctica clínica el punto de vista del paciente, no solo los datos biológicos sino sus valores, necesidades y expectativas.
- 29.14.10. Ofrecer a los padres y a los niños con enfermedades crónicas la información apropiada y apoyo emocional durante todo el proceso para participar activamente en la toma de decisiones, sabiendo que el pediatra de atención primaria es clave en la atención al niño con necesidades especiales, en el apoyo a la familia y en la coordinación interdisciplinar.
- 29.14.11. Cumplir los cinco indicadores de la pesquisa neonatal de, las enfermedades del tamiz neonatal (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia adrenal congénita, déficit de biotinidasa, galactosemia y fibrosis quística).
- 29.14.12. Educar a los niños, niñas y adolescentes y ayudarles a ser más resistentes para que puedan evitar problemas de salud, como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Diabetes *mellitus*:

- 29.15. Conocer que la diabetes es una enfermedad crónica-degenerativa, es decir que dura para toda la vida y en ausencia de tratamiento deteriora progresivamente la salud.
 - 29.15.1. Diagnosticar oportunamente los diversos tipos de diabetes y complicaciones, porque producen múltiples problemas relacionados con el adecuado funcionamiento de nuestros órganos.

Enfermedad celíaca:

- 29.16. Conocer que es una enfermedad sistémica, crónica, de carácter autoinmune, desencadenada por el consumo de gluten y de otras prolaminas homólogas (son proteínas) que se encuentran en las semillas de muchos cereales como el trigo, avena, cebada, centeno. Ocurre en pacientes genéticamente predispuestos (sistema HLA).
 - 29.16.1. Conocer que el diagnóstico se realiza por atrofia vellositaria en el intestino delgado.
 - 29.16.2. Saber que según guía diagnóstica ESPGHAN del 2012, no es preciso realizar biopsia de yeyuno en pacientes: sintomáticos, con AAT Tisular –Iga

positivos >10 veces el valor de referencia, AAE-IGA positivos y HLA DQ2 o DQ8 positivos.

- 29.16.3. Reconocer que los pacientes deben mantener seguimiento clínico y analítico: en todos los casos y no se precisa repetir biopsia si el diagnóstico es claro y hay respuesta clínica-serológica a la dieta sin gluten.
- 29.16.4. Evaluar la realización de la prueba serológica antitransglutaminasa tisular IgA (Inmunoglobulina A) para el diagnóstico de la enfermedad con 98,5 % de sensibilidad y especificidad 99,2 %.
- 29.16.5. Indicar el tratamiento dietético, único eficaz y disponible actualmente.
- 29.16.6. Introducir otras alternativas de tratamiento. Existen varias líneas de investigación: peptidasas, secuestradores de gliadina, controladores de la permeabilidad intestinal, inmunoterapias, técnicas de ingeniería genética para el desarrollo de un trigo no tóxico.
- 29.16.7. Indicar las biopsias, en niños con diagnóstico dudoso en los que está indicada la provocación con gluten, niños con diabetes *mellitus* tipo 1 asociada o déficit de IgA. Mejorar la comunicación con los pacientes y sus padres/cuidadores y la transición de la atención médica pediátrica a la de adultos.

Fibrosis quística:

- 29.17. Garantizar la realización de cuantificación de tripsina inmuno reactiva (TIR) en muestras frescas de sangre seca del talón sobre papel de filtro de recién nacidos (hasta 50 ng/mL). Puede haber falsos positivos y negativos. Tomar segunda muestra antes de los 20 días en TIR⁺; si persiste positividad: valoración clínica, Electrolitos en sudor y estudio genético (TIR + DNA).
 - 29.17.1. Interpretar la insuficiencia pancreática:
 - Realizar intervención temprana con claro beneficio nutricional, retraso en daño pulmonar, mejoramiento de la función pulmonar y menor número de hospitalizaciones/costos.
 - Identificación precoz de infección por pseudomonas y su tratamiento.
 - Erradicación del estrés familiar.
 - Asesoramiento genético.
 - 29.17.2. Dar una visión general de la enfermedad, integrar a la familia al equipo y ofrecer apoyo psicológico.
 - Manejo nutricional y de la insuficiencia pancreática.
 - Fisioterapia respiratoria precoz.
 - Cumplir esquema vacunal.
 - No recomendable círculo infantil.
 - Seguimiento sistemático.
 - 29.17.3. Garantizar en todos los hospitales pediátricos un cubículo aislado y con todas las condiciones para la atención del paciente con fibrosis quística.

Errores innatos del metabolismo:

29.18. Conocer las manifestaciones en las primeras horas de vida y hasta la adolescencia con síntomas y signos similares a otras enfermedades:

- 29.18.1. Determinar el diagnóstico precoz y la prevención de las secuelas, que es el enorme desafío que enfrentan los pediatras.
- 29.18.2. Conocer que los síntomas pueden ser inespecíficos y en ocasiones llevar a un coma metabólico.
- 29.18.3. Detectar los pacientes con estas enfermedades, porque conducen a secuelas como desnutrición, convulsiones, discapacidad intelectual e incluso la muerte.

Organización de la atención a los errores innatos del metabolismo (EIM)

Consulta de referencia nacional para la atención a errores innatos del metabolismo, con intervención nutricional en el Centro de Nutrición e Higiene de los Alimentos, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, y Hospital Pediátrico de Centro Habana.

Consultas provinciales o regionales de atención a errores innatos del metabolismo, con intervención nutricional del hospital pediátrico provincial o centro provincial de genética médica.

Hiperplasia adrenal congénita:

29.19. Lograr el diagnóstico precoz de la forma clásica, tanto en niños como en niñas.

29.19.1. Anticiparse a la pérdida salina, que puede ser letal.

29.19.2. Mejorar indicadores de eficacia:

- Alcanzar 100 % de cobertura o lo más cercano a esta cifra.
- Minimizar los tiempos de demora.
- Diagnóstico confirmatorio a los 12 días.

29.19.3. Realizar un diagnóstico temprano, para acercarnos a los trastornos del desarrollo sexual.

Enfermedades renales:

29.20. Establecer una atención diferenciada para los niños con enfermedades renales.

Enfermedades renales

Infeción del tracto urinario:

- Infección urinaria baja: cursa sin fiebre, con manifestaciones disúricas, incontinencia urinaria, leucocituria, hematuria y urocultivo positivo.
- Infección urinaria alta: cursa con fiebre, vómitos, diarreas, hematuria, dolor abdominal, toma del estado general, corroboran el diagnóstico una eritrosedimentación acelerada, leucograma con leucocitosis o leucocituria (hay un sinnúmero de leucocituria aséptica) la fiebre, la deshidratación y otras, con un urocultivo positivo.

Enfermedades glomerulares:

- Glomerulonefritis postinfecciosa; síndrome nefrítico agudo con hematuria glomerular, hipertensión arterial, volumen de pendiente, edemas y oliguria. Existen otras formas de presentación como la encefalopatía hipertensiva, la insuficiencia cardíaca congestiva, la insuficiencia renal aguda, que son, además, complicaciones, y otras como la forma subclínica, el síndrome nefrítico nefrótico y la glomerulonefritis rápidamente progresiva o crecentica.

- El síndrome nefrótico es la glomerulopatía de curso crónico más frecuente en el niño se caracteriza por proteinuria masiva, hipoalbuminemia, hipoproteinemia e hipercolesterolemia con edemas de grado variable hasta la anasarca, si se trata del patrón histológico de daño mínimo responde al tratamiento esteroideo, no cursa con hipertensión arterial ni hematuria, la edad de debut está entre 2 y 8 años, puede tener hasta 3 recaídas en el año y no se produce un deterioro progresivo de la función renal.
- El síndrome nefrótico congénito tiene mal pronóstico por su evolución rápida a la insuficiencia renal aguda (IRA) sin respuesta al tratamiento inmunosupresor, siendo la complicación más frecuente y la causa de muerte en el primer año de vida la sepsis.

Enfermedades tubulares. Son menos frecuentes que las enfermedades glomerulares y se denominan tubulopatías.

Insuficiencia renal aguda (IRA):

- Causas más frecuentes de insuficiencia renal aguda o fallo renal agudo (IRA) en el recién nacido: nefropatía hipoxica isquémica, la sepsis neonatal y el bajo peso extremo.
- Causas en lactante y el niño mayor: la sepsis, los estados hipovolémicos y el bajo gasto.

Enfermedad renal crónica (ERC). Síndrome causado por un deterioro progresivo de la función renal.

- 29.20.1. Pesquisar, por parte del médico de la familia; y dar seguimiento junto con el especialista de nefrología, a los pacientes que tienen enfermedades que predisponen a desarrollar una enfermedad renal crónica (ERC), sobre todo la obesidad. Necesidad de pesquisar en la adolescencia la hipertensión arterial primaria o esencial, porque estos pacientes comienzan tempranamente a presentar los efectos deletéreos de esta.
- 29.20.2. Iniciar el estudio de los pacientes con posibilidades de tener la enfermedad.
- 29.20.3. Remitir al nefrólogo pediatra; pacientes con hematuria persistente, recurrente o inexplicable, hipertensión arterial con sospecha de patología renal, proteinuria, deterioro de la función renal agudo o crónico, síndrome nefrótico córtico-resistente o dependiente, glomerulonefritis, enfermedades sistémicas con compromiso renal, anomalías del equilibrio ácido básico, enfermedades congénitas y genéticas que predispongan al deterioro de la función renal y las nefrouropatías diagnosticadas prenatalmente.
- 29.20.4. Cumplir con lo establecido en la red nefropediátrica dirigida por el centro de referencia nacional de nefrología pediátrica, con sede en el Hospital Pediátrico de Centro Habana. Todas las provincias dan seguimiento a los pacientes dispensarizados con enfermedades renales.

Enfermedades dermatológicas:

29.21. Establecer una atención diferenciada para los niños con las enfermedades dermatológicas: xeroderma pigmentoso (XP) y daño actínico crónico (DAC).

El xeroderma pigmentoso (XP) es una rara genodermatosis precancerosa, con gran variedad de formas clínicas. Es importante reconocer sus manifestaciones clínicas y las tres etapas de la enfermedad. En la fase más avanzada existen lesiones tumorales malignas.

El daño actínico crónico (DAC) cada vez es más común en la edad pediátrica, el cual se clasifica en tres grados de severidad. La forma más severa del DAC en la edad pediátrica, puede ser confundida con las formas más ligeras de XP.

29.21.1 Realizar acciones para la atención adecuada a las enfermedades dermatológicas: xeroderma pigmentoso (XP) y daño actínico crónico (DAC):

- Identificar y clasificar oportunamente los enfermos sospechosos de xeroderma pigmentoso y daño actínico crónico.
- Identificar y tratar precozmente las lesiones sospechosas de transformación malignas.
- Realizar el pesquisaje activo.
- Identificar los factores de riesgo y facilitar su control.
- Facilitar la superación continua del personal de salud en el tema.
- Educar a la familia y la comunidad en lo referente a la fotosensibilización.

Objetivo 30. Optimizar el funcionamiento de las salas de terapia intensiva pediátrica, aplicar consenso de sepsis y la ventilación domiciliar

Acciones relacionadas con la estructura:

- 30.1. Exigir el funcionamiento del servicio de atención al grave como un todo y atender los pacientes graves en salas de terapia intensiva, cuidados intermedios o en situaciones emergentes en los cuidados especiales dentro de la propia sala de insuficiencia respiratoria aguda, de acuerdo con el criterio médico y por personal de enfermería especializado.
- 30.2. Disponer de al menos un cubículo de aislamiento.
- 30.3. Cumplir, según manual de procedimientos, los flujos de los servicios (alimentos, material estéril, salida de basura, ropa sucia y otros).
- 30.4. Organizar los recursos humanos para el desarrollo de los servicios de atención: 4 enfermeras por cama para turnos de trabajo y un especialista por cama (7 camas igual a 7 especialistas, guardias cada 6 días y uno de reserva, es decir un especialista para cada guardia médica o turno de trabajo):
 - Guardias médicas cubiertas como mínimo por un especialista y personal de enfermería según pacientes.
 - El servicio realizará las adecuaciones pertinentes para acompañar los equipos de guardia ante incremento significativo de la morbilidad o presencia de menor de un año inestable.
- 30.5. Mantener actualizados los planes emergentes que permitan afrontar cualquier alza brusca de la morbilidad por estas afecciones.

- 30.6. Realizar cursos de actualización para mantener un adecuado entrenamiento del personal médico y paramédico sobre estas afecciones.
- 30.7. Perfeccionar la atención especializada y continuada del niño grave, exigiendo que todo médico de guardia en unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) haya recibido el curso de adiestramiento nacional.
- 30.8. Mantener los cursos de adiestramiento para ofrecer la calificación y recalificación de médicos, enfermeras y técnicos de los servicios de unidades de terapia intensiva pediátrica.
- 30.9. Perfeccionar los cursos de adiestramiento para el personal de enfermería.
- 30.10. Perfeccionar los servicios de cuidados intermedios en los hospitales pediátricos.
- 30.11. El personal médico y de enfermería que trabaja en el servicio tiene que estar graduado del diplomado o maestría de cuidados intensivos.

Acciones relacionadas con la asistencia médica: procesos de atención a pacientes graves y críticos:

- 30.12. Cumplir los criterios de ingreso y egreso en los servicios de atención al grave según afección y evolución de paciente.
- 30.13. Ingresar en unidades de atención al grave los casos de menores de un año de alto riesgo, con condicionantes que requieren vigilancia permanente, aunque en el momento del ingreso no presente afección clínica que le comprometa la vida.
- 30.14. Evaluar los ingresos provenientes de: cuerpo de guardia, salas de hospitalización u otro centro hospitalario, solamente por especialistas del servicio (no residentes), en el caso de los traslados y los egresos, a conocimiento y discusión del jefe del servicio.
- 30.15. Realizar análisis, discusión colectiva y en comisión de atención al grave de todos los menores de un año reportados de críticos.
- 30.16. Realizar las evoluciones médicas y de enfermería cada 4 h en el servicio de unidades de cuidados intensivos (UCI) y de las unidades de cuidados intermedios (UCIM). En todos los pacientes las evoluciones deben ser evaluadas y firmadas por los especialistas de guardia o estancia.
- 30.17. Realizar en colectivo, las interconsultas con otras especialidades como Cirugía, Angiología, Ortopedia, Anestesia, entre otras, y si estas ocurren durante la guardia médica, participará el médico especialista de guardia de la especialidad; en caso de paciente crítico menor de un año, se pondrá a conocimiento del jefe de servicio de la especialidad consultada y en comisión de caso grave.
- 30.18. Informar al jefe de servicio de la unidad de cuidados intensivos y a la dirección del hospital, el caso de paciente crítico que se reporte.
- 30.19. Proceder al acompañamiento a la guardia médica, por el jefe del servicio de cuidados intensivos u otros especialistas, ante la presencia de menor de un año crítico inestable.
- 30.20. Valorar a los menores de un año que lo necesiten o requieran intervenciones de difícil manejo, por los grupos nacionales de la especialidad que esté necesitando (ejemplo: vía aérea, hepatopatía, disfunción renal, cirugía torácica, nutrición, cardiología, y otros).

- 30.21. Realizar la valoración y discusión de casos críticos con el personal de mayor experiencia y preparación científico técnica.
- 30.22. Los traslados de los pacientes críticos y graves de una unidad de cuidados intensivos hacia otra o a realizar exámenes diagnósticos, serán acompañados por especialista de medicina intensiva.
- 30.23. Respetar el flujo de los pacientes, trasladando desde la unidad de cuidados intensivos, a las unidades de cuidados intermedios, y de ahí a salas de hospitalización. Si por necesidades especiales es necesario egresar desde la unidad de cuidados intermedios, se realizará con conocimiento de la dirección del hospital, previo análisis con el médico de familia.
- 30.24. Ofrecer la atención médica continua, con una estancia hospitalaria conformada por el jefe y un equipo altamente especializado del personal médico y de enfermería, que será el máximo responsable del seguimiento y tratamiento de los pacientes ingresados.
- 30.25. Realizar pase de visita al caso grave, las veces que sea necesario, como mínimo tres veces al día.
- 30.26. Evitar la estadía prolongada innecesaria.
- 30.27. Discutir en colectivo, las veces sea necesario, los casos de pacientes que no evolucionen favorablemente, que se prolongue su estadía, o estén reportados de grave.
- 30.28. El médico de terapia intensiva realizará valoración de casos en el cuerpo de guardia, salas de hospitalización y sala de terapia intermedia, cuando esta sea solicitada.
- 30.29. Ofrecer la asistencia a consultas de seguimiento después del alta a los pacientes que lo requieran.
- 30.30. Mantener actualizado el reporte diario de pacientes atendidos, ingresos, egresos, por áreas de salud.
- 30.31. Analizar en la entrega de guardia diaria, los datos anteriores.
- 30.32. Cumplir el flujo de información al nivel provincial y al área de salud del paciente menor de un año ingresado en el servicio o el paciente críticamente enfermo de cualquier edad.
- 30.33. Cumplir los protocolos de desinfección establecidos.
- 30.34. Ejecutar la vigilancia epidemiológica continua, lavado de manos, cumplimiento de las normas de desinfección, presencia de soluciones antisépticas, entre otras.
- 30.35. Verificar el adecuado lavado de manos del personal médico y de enfermería con estudios microbiológicos de estas.
- 30.36. Realizar el lavado de manos frecuente cumpliendo los cinco momentos que exige el protocolo para evitar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- 30.37. Reportar al Comité de prevención y control de la infección hospitalaria, la ocurrencia y análisis de las infecciones cruzadas, y del cumplimiento de los protocolos higiénico epidemiológicos.
- 30.38. Notificar toda defunción y llenar la encuesta clínico-epidemiológica a todo fallecido de insuficiencia respiratoria aguda, tanto intra- como extrahospitalario.
- 30.39. Registrar por el médico de asistencia todo caso de sepsis asociada a la asistencia sanitaria, en el modelo de registro de caso infectado que existe en la sala.

- 30.40. Lograr una utilización adecuada de las salas de terapia intensiva pediátricas.
- 30.41. Optimizar el traslado del paciente críticamente enfermo, del lugar donde se diagnostique su estado, a la sala de cuidados intensivos.

Pilares del tratamiento de la sepsis

1. Identificación temprana/sitio de infección; Infección adquirida en la comunidad (IAC) o infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS); etiología bacteria/virus.
2. Oxigenación y ventilación.
3. Reanimación hídrica.
4. Uso de drogas vasoactivas.
5. Monitorización (no invasiva – invasiva).
6. Antimicrobianos.
7. Tratamiento coadyuvante.

Indicaciones:

Epidemiología:

- Incorporar al interrogatorio los antecedentes patológicos personales de infección previa por Virus Sars Cov-2
- Utilizar el protocolo nacional de sepsis y *shock* séptico partiendo desde la prevención.
- Realizar la puericultura con enfoque de riesgo.
- Evitar ruta crítica inversa.
- Integrar los niveles de atención.
- Atención primaria de salud:
- Optimizar el uso del triángulo de evaluación pediátrico como herramienta en la evaluación del niño febril, actuar en consecuencia.
- Sustener el síndrome respuesta inflamatoria sistémica como definición de sepsis para edad pediátrica.
- A nivel de cada consultorio médico de la familia y cuerpo de guardia de los policlínicos, realizar la divulgación a través de pancartas, de los valores normales de los signos vitales para la edad y del triángulo de evaluación pediátrico.
- Iniciar el tratamiento de sepsis y *shock* séptico en la atención primaria de salud.
- Capacitación de médicos y enfermeras para lograr la canalización de accesos venosos periféricos y acortar los tiempos.
- Educar a la familia en la prevención de la sepsis, y el reconocimiento de sus signos de alarma.

Áreas de urgencias:

- Usar las escalas de diagnóstico rápido en el área de urgencias y su validación en el país como herramienta diagnóstico precoz.
- Incrementar el valor para el diagnóstico y el pronóstico en la sepsis de los factores de riesgo individuales en cada paciente.
- Optimizar el triángulo de evaluación pediátrico y los criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en la evaluación del paciente febril o con infección en la emergencia.
- Uso del leucograma en la urgencia como biomarcador de seguridad, evaluación de la linfopenia y del índice neutrófilo linfocítico.

- Cumplimiento de la HORA CERO, dar inicio desde la urgencia. Necesidad de acceso venoso, frasco de hemocultivos, estudios hemogasométricos y antimicrobiano (tratamiento empírico inicial) en la emergencia.
- Crear mapa de riesgo a nivel hospitalario y en atención primaria de salud, para vigilar el cumplimiento de los protocolos de actuación establecidos.
- El diagnóstico precoz y el manejo oportuno son necesarios con el objetivo de intentar frenar disfunción miocárdica inducida por la sepsis y el resto de las disfunciones de órganos.

Consenso sobre definiciones de sepsis

La evaluación de disfunción de órganos es sobre la escala de evaluación secuencial de disfunción orgánica pediátrica (p SOFA).

Infección no complicada: Infección + p SOFA < 2

Sepsis:

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de etiología infecciosa.

Disfunción de órganos potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección: p SOFA \geq 2.

Shock séptico:

1. Sepsis con disfunción cardiovascular. Subconjunto de la sepsis, de mayor gravedad, en que las alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas (hipoperfusión tisular) son lo suficientemente profundas como para aumentar la mortalidad.

Disfunción cardiovascular dada clínicamente por:

- Hipoperfusión tisular.
- Hipotensión arterial, de la tensión arterial media (TAM) para la edad (p SOFA).
- Necesidad de drogas vasoactivas a pesar de una adecuada expansión de volumen.
- Elevación de lactato, en su defecto exceso de base y anión Gap con Delta anión Gap.

Signos de hipoperfusión tisular:

- Extremidades frías con gradiente térmico distal >3 °C.
- Coloración de piel pálido-grisácea, moteada o acrocianótica.
- Relleno capilar enlentecido >2 s.
- Pulsos periféricos débiles, imperceptibles, tensión arterial diastólica baja, pinzamiento de tensión arterial.
- Oliguria (diuresis <1 mL/kg/h).
- Alteración del estado conciencia, no debida a otras causas: irritabilidad, somnolencia, letargia.
- Acidosis metabólica inexplicable: déficit de bases >-5 mEq/L.
- Lactato arterial/venoso >2 mmol/L.

2. Signos precoces de vasodilatación cutánea: piel seca y caliente, relleno capilar acelerado, pulsos amplios y saltones, aumento de la presión diferencial, presión diastólica baja.

Shock hiperdinámico:

- Usar dentro de las unidades de cuidados intensivos pediátricos la escala de evaluación secuencial de disfunción de órgano (pSOFA) para evaluar el paciente con sepsis.
- Usar como escalas de evaluación de sepsis fuera de las unidades de cuidados intensivos pediátricos, es decir extrahospitalario, en urgencias e intrahospitalario, pero fuera de la unidad de cuidados intensivos:

Triángulo de evaluación pediátrico (TEP).

- Criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS).
- Validar escala *Liverpool Quick SOFA* (LqSOFA).

Características del **Liverpool Quick SOF**. Objetivo: uso en servicio de urgencias para identificar niños con fiebre con mayor riesgo de ingreso en unidades de cuidados intensivos en 48 h; muy específico; alto valor predictivo pronóstico.

Se propone su validación en el país. Estudios multicéntricos.

Biomarcadores en la sepsis:

- Leucograma.
- Velocidad de sedimentación globular.
- Índice neutrófilo/linfocítico (INL).
- Índice plaqueta/linfocítico (IPL).
- Hemogasometría.
- Lactato y aclaramiento de lactato.
- Proteína C reactiva.
- Procalcitonina se impone como necesidad.
- Volumen plaquetario medio.
- Valor de albumina como marcador predictivo.

3. Fluidoterapia inicial en sepsis y *shock* séptico:

- Canalizar dos accesos vasculares, del mayor calibre posible. Si no se logra vía periférica en 90 s, debe considerarse el canalizar un acceso intraóseo.
- Fluidoterapia en:

Sepsis: cristaloides 30 mL/kg en 3 h (10 mL/kg/h).

Shock séptico: bolos de cristaloides: 20 mL/kg cada 20 min, tan rápido como sea posible, valorando la respuesta clínica y vigilando la aparición de signos de sobrecarga hídrica (crepitantes, ritmo de galope, hepatomegalia). Total: 60 mL/kg en la primera hora .

- No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de suero salino fisiológico o ringer lactato como primera elección. Se debe continuar con bolos repetidos (hasta un total de 60 mL/kg en la primera hora) hasta que la perfusión tisular sea adecuada.
- El uso de coloides (albúmina al 5 %) podría ser una opción en pacientes que no mejoran con los bolos iniciales de cristaloides y asocian hipoalbuminemia o acidosis metabólica hipoclorémica.
- Una vez recuperado el volumen circulatorio efectivo, la fluidoterapia de mantenimiento se basará en la monitorización de la perfusión tisular.
- Realizar la fluidoterapia en la sepsis por etapas, método ROSE.
- Luego de la estabilización del paciente, calcular de forma adecuada los aportes diarios; recordar tener en cuenta las perfusiones de medicamentos, hemoderivados, nutrición y emplear de forma precoz los aportes enterales.
- Realizar adecuadamente los balances hídricos diarios (teniendo en cuenta el balance acumulado).
- No retardar la etapa de evacuación, con el empleo precoz de diuréticos, albumina o técnicas de reemplazo renal, de ser necesario.
- Drogas vasoactivas en el *shock* séptico.
 - Inicio: comenzar la administración de medicamentos vasoactivos después de 40 mL/kg de reanimación con líquidos, si el paciente aún tiene signos clínicos o monitoreo de hipoperfusión.

- Puede comenzarse, incluso, antes de que se hayan administrado 40 mL/kg de expansión, si el niño muestra signos de sobrecarga de volumen, disfunción miocárdica evidenciada u otras limitaciones para la administración de fluidos.
 - El tratamiento temprano de vasopresores/aminas se asocia a disminución de la mortalidad a corto plazo y menor carga de fluidos en las primeras 6 h. El retraso en iniciar el tratamiento y la estabilización hemodinámica está relacionado con peor pronóstico.
- Antimicrobianos:
- Principios del tratamiento antimicrobiano en la sepsis:
 - Tratamiento empírico si no está identificado sitio de origen de la infección.
 - Considerar microbiología local, comorbilidades, colonización, disfunciones, antimicrobianos previos.
 - Amplio espectro y dosis para sobrepasar concentración inhibitoria mínima del o los microorganismos sospechados (t. dependiente).
 - De-escalado microbiológico y clínico precoz (usar antibiótico de menor espectro y toxicidad).
 - Si infección asociada a catéter o dispositivo retirar lo antes posible y recambio periódico.
 - Antimicrobianos en las primeras 3 h si sepsis, y en la primera hora si *shock* séptico (iniciar tratamiento tan pronto se identifique la sepsis).
 - Mejor un antimicrobiano que varios, si no fuera necesario.
 - No utilizar sinergismo como principio terapéutico.
 - Programa de optimización de antimicrobianos (PROA):
 - Necesidad la aplicación de tratamiento empírico a gran número de infecciones en nuestros pacientes, lo cual ha hecho necesario contar con guías o protocolos de terapia antimicrobiana actualizados.
 - El PROA es dirigido por el comité fármaco terapéutico (CFT) del hospital y la comisión de antimicrobianos de este, conformada por infectólogos, epidemiólogos, microbiólogos y farmacéuticos, con funciones de asistencia médica, docentes e investigativas.
 - Tienen el objetivo de ofrecer una respuesta terapéutica favorable, un mínimo de efectos adversos y estrecho margen para inducir resistencia, considerando la disponibilidad de los diferentes grupos y su costo, abordamos los principios terapéuticos.
- Patógenos Gram negativos, multidrogoresistentes en pediatría:

Consecuencias de la multirresistencia bacteriana: necesidad de nuevos compuestos antibacterianos; incremento de la mortalidad; control y uso más racional de los antimicrobianos.

Soporte ventilatorio y síndrome de *distress* respiratorio agudo (SDRA), según consenso Palicc II.

- Oxigenación de alto flujo como estrategia de soporte ventilatorio temprana.
- Ventilación no invasiva precoz.
- Medidas para prevenir el síndrome de *distress* respiratorio agudo:
 - Uso juicioso de los hemoderivados,
 - Manejo precoz y adecuado de la sepsis
 - Ventilación con estrategia protectora.

Monitorización: necesario el aprendizaje y uso de la ecocardiografía: focus y ecografía avanzada.

Hemoderivados en la sepsis:

- No utilizar una estrategia de transfusión liberal de glóbulos rojos en niños con sepsis.
- No utilizar profilácticamente transfusiones de plasma o plaquetas en niños con sepsis.
- Indicaciones de inmunoglobulinas y esteroides en la sepsis:
- Inmunoglobulina (IGIV), indicación en la sepsis solo en pacientes con *shock* séptico refractario e inmunodeficiencias humorales con niveles bajos de Inmunoglobulinas.
- Esteroides: pacientes en *shock* séptico con exposición aguda o crónica a los esteroides.
- Insuficiencia suprarrenal aguda o crónica
- Tratamiento previo con ketoconazol o etomidato.
- Pacientes con *shock* séptico refractario a líquidos y resistente a catecolaminas.

Nutrición:

- Pesar, tallar, circunferencia del brazo al ingreso.
- Nutrición precoz.
- Preferencia nutrición enteral a debito intermitente.
- Iniciar nutrición trófica
- No utilidad del volumen de vaciamiento gástrico como herramienta para determinar el inicio de la nutrición o alimentación enteral.

30.42. Aplicar la innovación tecnológica de ventilación mecánica en el domicilio.

Aspectos relacionados con la aplicación de la ventilación mecánica en el domicilio

Acciones para su implementación:

- Cumplir el objetivo de velar por una adecuada asistencia respiratoria a los niños con dependencia permanente de ventilación mecánica fuera de los servicios de atención al grave.
- Tener el consentimiento informado de la familia.
- Realizar evaluación y aprobación por la dirección del hospital.
- Tramitar por la dirección del hospital con la dirección provincial, municipal y del policlínico a los que pertenece el paciente.
- Confeccionar el plan de acción para la implementación de la ventilación en el domicilio.
- Identificar de las necesidades de capacitación del personal de la salud y de la familia.
- Elaborar y aplicar el programa de capacitación específico para el personal de asistencia en la comunidad y para la familia.
- Coordinar con los centros de emergencia médica correspondientes.
- Realizar evaluación diaria por un miembro del equipo básico de trabajo semanal por el pediatra y en caso de ser precisado por el intensivista designado para su seguimiento.
- Realizar, una vez por semana, por un miembro del área de salud todos los elementos que se crean necesarios sobre el funcionamiento del equipo y sus parámetros, e informar a Electromedicina provincial.
- Realizar valoración mensual por el equipo multidisciplinario, con evaluación nutricional sistemática y seguimiento del desarrollo sicomotor.
- Crear el grupo de profesionales para la atención de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, que debe estar integrado por el colectivo asistencial de la

terapia intensiva donde se encuentra ingresado el paciente, el equipo integral que implementará la ventilación en el domicilio, un equipo administrativo y uno metodológico.

Deberán incluirse en este grupo de trabajo los suministradores o proveedores de recursos materiales como equipos, material gastable, medicamentos y los ingenieros o técnicos de electromedicina del territorio.

Deberán participar, además, los representantes de las organizaciones de la comunidad como Consejo Popular, trabajadores sociales y otros con representación comunitaria.

Este equipo multidisciplinario estará jerarquizado por un coordinador que puede ser un miembro de cualquiera de los grupos de trabajo de acuerdo a las características clínicas del paciente,

Los criterios a tener en cuenta para la evaluación de un paciente candidato a recibir ventilación fuera del servicio de terapia, en el domicilio o en otra institución, son:

- Edad mayor de un año.
- Mantener una estabilidad clínica y psicológica adecuada.
- Presentar estabilidad o control de su enfermedad de base.
- Parámetros ventilatorios recomendados: Fracción inspirada de oxígeno entre de 0,21 % y 40 %.
- Modalidades ventilatorias asistidas o controladas según las características clínicas del niño y del tipo de respirador de que se disponga.
- Requerimientos del hogar y de la familia para ser incluido un paciente.
- Es necesario que exista un adecuado soporte material en la vivienda:
- Condiciones estructurales con espacio físico suficiente para la instalación del niño y el desplazamiento de los equipos.
- Situación higiénica adecuada.
- Fácil acceso a un centro asistencial con capacidad resolutive.
- Poseer comunicación telefónica.
- Suficiente y sistemático abasto de agua y fluido eléctrico.
- Climatización del local donde se ubicará el paciente.

Por parte de la familia es indispensable la continuación de una vida familiar lo más próxima posible a la normalidad. En la evaluación familiar se debe tener en cuenta:

- Conocimiento y aceptación de la enfermedad del niño.
- Entrenamiento de los familiares en los cuidados sistemáticos de la traqueotomía y los cuidados ventilatorios y en el enfrentamiento de las situaciones de urgencia.
- Adecuada dinámica familiar.
- La posibilidad de incorporar cuidadores entrenados en la terapia ventilatoria en el domicilio podría ser evaluada en situaciones específicas.

El traslado para el hogar puede ser ocasionalmente imposible cuando la familia no esté dispuesta a recibir el infante, no tener habilidades para enfrentar su atención o que se identifiquen en su evaluación problemas sociales. En este caso debe valorarse el traslado del niño a una institución de salud que se designe para esa función y que posea los requisitos para continuar la ventilación mecánica prolongada.

El *ventilador pulmonar mecánico*, debe tener las siguientes características:

- Equipo fácil de usar, mantener y reparar, pequeño y ligero de peso, manuable,

- De fácil manejo con alarmas sonoras para alerta en caso de desconexión o fallas técnicas.
- Que funcione con electricidad y batería.
- Que brinde modalidades ventilatorias controladas, asistidas, no invasiva con automodo.
- Poseer humidificador y calentador de gases.
- Con circuitos y accesorios cambiables del ventilador.
- Oxímetro de pulso.
- Aspiradora portátil, si tiene mecanismo de pedal mucho mejor.
- Resucitador manual con máscara (conectado a cilindro de oxígeno con regulador) recordar que los terminales de la conexión al equipo de ventilación son diferentes).
- Fuente de oxígeno (cilindros de oxígeno suplementario).
- Compresor de aire y cilindro de aire comprimido de reserva (opcional).
- Concentrador de oxígeno de fabricación cubana, algunos distribuidos por nuestro sistema de salud en el país.

Además, se debe tener material gastable y otros recursos, así como módulo de medicamentos indispensables para el tratamiento del paciente en el hogar de acuerdo a la recomendación particular de cada niño, que debe estar definido en el protocolo de ventilación planificado desde el inicio del proceso

La aplicación de la ventilación mecánica en el domicilio contribuirá a:

- Disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños con insuficiencia respiratoria crónica.
- Mejorar la calidad de vida de estos enfermos mejore considerablemente, permitiendo que incremente su potencial de desarrollo físico y psíquico, en fin, más beneficencia y menos maleficencia.

Las familias recibirán una mayor satisfacción a sus necesidades.

Se producirá una disminución de los costos en las terapias intensivas y se alcanzarán resultados más favorables en algunos de sus indicadores asistenciales.

Objetivo 31. Perfeccionar la cirugía neonatal, pediátrica y oncológica

Urgencias quirúrgicas, procedimientos quirúrgicos emergentes y traumatismos pediátricos:

- 31.1. Lograr que los pacientes en edad pediátrica, en que se sospeche o padecen de patologías quirúrgicas agudas, lleguen en tiempo a los servicios de emergencia, y que sean diagnosticados y tratados de forma correcta y con agilidad, de manera que se eviten muertes y complicaciones derivadas de la evolución natural de estas peligrosas enfermedades.
- 31.2. Tratar las patologías urgentes según lo indicado en las guías de prácticas clínicas y protocolos aprobados en cada centro.
- 31.3. Ofrecer, para los servicios quirúrgicos de emergencia, la capacitación, el entrenamiento, y el equipamiento básico para el diagnóstico y soporte vital emergente.
- 31.4. Ofrecer el entrenamiento y la aplicación del ultrasonido FAST en todos los centros de emergencia del país.

Cirugía neonatal:

- 31.5 Consolidar la propuesta de regionalización de la cirugía neonatal en el país, concentrando la patología compleja en los centros con experiencia.

- 31.6. Mantener la cirugía neonatal no compleja y de emergencia en hospitales provinciales con condiciones para ello.
- 31.7. Certificar por el Grupo Nacional de Cirugía y la Sociedad Cubana de Cirugía, tanto a los centros que realizan las cirugías como al personal encargado de diagnosticar, intervenir y seguir estos pacientes, así como programar y realizar acciones de capacitación donde se requiera.
- 31.8. Lograr que la intervención quirúrgica, en la cirugía neonatal, se realice en las primeras 24 h de vida y, en los lugares donde sea posible, dentro del propio servicio de neonatología; ambas cosas son fundamentales para obtener buenos resultados, debido a que tanto la demora como el traslado pueden favorecer complicaciones.
- 31.9. Realizar el diagnóstico precoz de todas las patologías quirúrgicas neonatales y ofrecer el traslado seguro y rápido de los pacientes que se requiera.
- 31.10. Identificar los centros que tienen las condiciones para realizar con calidad la cirugía en niños pequeños.
- 31.11. Ofrecer la realización del tratamiento definitivo secuencial, en el momento oportuno, de las malformaciones congénitas que lo requieran según la etapa, protocolo, guías de práctica clínica y calendario quirúrgico aprobado.
- 31.12. Realizar el tratamiento quirúrgico definitivo de patologías quirúrgicas en el momento oportuno, según guía de práctica clínica y protocolo de la enfermedad aprobado, para evitar la progresión de esta o la aparición de complicaciones.

Cirugía de mínimo acceso:

- 31.13. Mantener y extender la aplicación de la cirugía de mínima invasión en la práctica de la cirugía pediátrica, a todas las edades y escenarios, tanto electiva como urgente.
- 31.14. Ampliar la capacitación y entrenamiento de los cirujanos en estas técnicas.
- 31.15. Identificar las necesidades de aprendizaje en cada servicio y programar la capacitación.
- 31.16. Identificar las necesidades de recursos para esta realizar cirugía de mínimo acceso previa valoración del nivel de actividad realizada, por comisión del Grupo Nacional de Cirugía.

Cirugía oncológica:

- 31.17. Definir de conjunto con el servicio de Oncología los centros con condiciones para realizar el diagnóstico y tratamiento integral a niños con tumores malignos, así como identificar los centros que pueden realizar cirugía compleja de tumores malignos.
- 31.18. Realizar el ingreso y estudio diagnóstico de niños con tumores en la mayor brevedad posible.
- 31.19. Potenciar la evaluación multidisciplinaria (comité de tumores institucional).
- 31.20. Promover la evaluación, discusión y colaboración interinstitucional para el manejo y tratamiento quirúrgico correcto de niños con cáncer.
- 31.21. Identificar los recursos necesarios y la capacitación requerida para desarrollar al máximo la cirugía oncológica y sus variantes, en todas las regiones del país.

Cirugía de alta complejidad:

- 31.22. Mantener la centralización de pacientes con patología hepatobiliar y pancreática compleja.
- 31.23. Mantener la centralización de pacientes con patología laringotraqueal compleja.
- 31.24. Consolidar y extender el trasplante hepático y renal mediante la identificación de los factores relacionados con la aplicación de estas técnicas como equipo multidisciplinario, entrenamiento y capacitación, y recursos materiales.

Cirugía pediátrica. Atención primaria de salud:

- 31.25. Contribuir a la realización del diagnóstico precoz de las diferentes afecciones quirúrgicas en los niños:
 - Patologías del abdomen agudo.
 - Retardo en la evacuación del meconio, vómitos biliosos y distensión abdominal del recién nacido.
 - Dolor agudo en fosa iliaca derecha en niños mayores asociados a vómitos y fiebre como predictor de apendicitis aguda.
 - Lactante irritable con cólicos abdominales, vómitos y heces sanguinolentas como predictor de invaginación intestinal.
 - Recién nacido o lactante con vómitos postprandiales en proyectil y no biliosos como predictor de estenosis hipertrófica del píloro.
 - Recién nacido o lactante con ictericia, acolia, y coluria y elevación de la bilirrubina directa son siempre patológicos. Como predictor de atresia biliar u otra colestasis.
 - Paciente con hernias y abultamientos.
 - Palpación de tumores abdominales (realizar examen físico exhaustivo en todos los pacientes aparentemente sanos).
- 31.26. Conocer y difundir el calendario quirúrgico o guía para la realización de la cirugía definitiva según patología (sitio web de cirugía pediátrica Infomed) y realizar la interconsulta en casos que cumplan con las condiciones para cirugía o con sospecha de afección quirúrgica.
- 31.27. Participar en el equipo multidisciplinario para el seguimiento, en el área de salud, de niños intervenidos quirúrgicamente con énfasis en la nutrición, detección de complicaciones, calidad de vida y reincorporación a la vida escolar y social.

Objetivo 32. Brindar una rehabilitación integral al paciente en edad pediátrica

- 32.1. Perfeccionar los servicios de rehabilitación al paciente en edad pediátrica, en la atención primaria de salud, hospitales pediátricos y maternos, hospitales generales con servicios de pediatría e institutos.
- 32.2. Lograr la preparación, capacitación y actualización del personal dedicado a la rehabilitación del paciente en edad pediátrica según los diferentes niveles de atención.
- 32.3. Desarrollar la rehabilitación del paciente recién nacido en los hospitales que tienen servicios de neonatología y los pacientes pediátricos en las terapias intensivas pediátricas.

- 32.4. Desarrollar la atención del paciente pediátrico de manera ambulatoria en la rehabilitación domiciliar.
- 32.5. Conformar y estabilizar los equipos multidisciplinarios de la atención temprana, en cada uno de los servicios de atención primaria de salud, así como las consultas regionalizadas: Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Licenciado en Defectología, Licenciado o Técnico en Terapia Física y Rehabilitación, Licenciado o Técnico en Terapia Ocupacional, Licenciado o Técnico en Logopedia y Foniatría, y Psicólogo.
- 32.6. Llevar a cabo las consultas multidisciplinarias en la atención temprana de la psicoprofilaxis del parto.
- 32.7. Identificar los factores de riesgo social, biológico y/o desventajas evidentes en el niño por especialistas que, en los diferentes niveles de atención, realizan su evaluación, seguimiento continuo y periódico e intervención temprana.
- 32.8. Establecer los vínculos pertinentes con otras especialidades: Nutrición, Psicometría, Neurología, Neurofisiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Genética, Pediatría y Ortopedia.
- 32.9. Realizar el diagnóstico en edades tempranas de las desviaciones del desarrollo en recién nacidos de riesgo.
- 32.10. Ofrecer una asistencia continuada de salud a los niños con desviaciones del desarrollo, por profesionales con un vasto conocimiento y, de ser necesario, coordinar ingresos y seguimientos por los especialistas del Hospital Provincial Julio Díaz, de referencia nacional.
- 32.11. Orientar psicológicamente a la familia para el buen manejo y apoyo en la rehabilitación del niño.
- 32.12. Promover el funcionamiento físico y cognitivo, y la modificación de factores ambientales y sociales que puedan interferir en el proceso de rehabilitación.
- 32.13. Mantener los servicios regionalizados, como referencia de la rehabilitación pediátrica, por la capacitación de sus recursos humanos, su sistema de evaluación y recursos materiales, así como equipamiento asignado.
- 32.14. Participar en la inserción educacional y escolar de los niños con discapacidad físico motoras, sensoriales e intelectual según el caso.
- 32.15. Aplicar la clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad en edad pediátrica para mejor manejo y reinserción social.

Objetivo 33. Perfeccionar la calidad de la atención médica en las instituciones infantiles y escuelas de sistema nacional de educación

- 33.1. Exigir el cumplimiento del Reglamento de salud, para instituciones infantiles, escuelas primarias y de la enseñanza media.
- 33.2. Realizar, semestralmente, la discusión del Reglamento de salud, para círculos infantiles.
- 33.3. Brindar atención médica integral a todas las instituciones infantiles y escolares.

- 33.4. Elevar el nivel de atención de enfermería en instituciones infantiles y escolares.
- 33.5. Exigir la confección de una historia clínica completa a los niños de nuevo ingreso en círculos infantiles, sistema nacional de enseñanza y séptimo grado.
- 33.6. Realizar la valoración del crecimiento y desarrollo, y evaluación nutricional de todos los niños de instituciones infantiles y escolares.
- 33.7. Priorizar las actividades de control en malnutridos.
- 33.8. Brindar atención estomatológica a todos los niños mayores de dos años de edad.
- 33.9. Realizar, de acuerdo a los recursos médicos existentes, el examen oftalmológico de los niños en las instituciones infantiles a la edad establecida.
- 33.10. Verificar el cumplimiento de los análisis de laboratorio a los niños y trabajadores de instituciones infantiles según la periodicidad establecida en el reglamento de salud.
- 33.11. Cumplir el esquema de vacunación de los niños, escolares y trabajadores de instituciones infantiles y escuelas.
- 33.12. Supervisar la conservación, almacenamiento, selección, elaboración y manipulación de alimentos de instituciones infantiles.
- 33.13. Capacitar al personal técnico y médico que presta servicios en instituciones infantiles y escuelas a través de cursos de perfeccionamiento.
- 33.14. Capacitar a los trabajadores sanitarios sobre las acciones para el control de las medidas de higiene.
- 33.15. Realizar visitas, por el equipo de salud del área, a las instituciones infantiles y escuelas.
- 33.16. Controlar la realización de actividades educativas dirigidas a los padres y trabajadores de los círculos infantiles.
- 33.17. Brindar educación para la salud a padres y alumnos, valorando los problemas específicos de las edades correspondientes. Esta actividad se realizará en colaboración con el MINED, FEEM, Unión de Pioneros José Martí y UJC. Prestar atención especial a los aspectos relacionados con la adolescencia.
- 33.18. Colaborar activamente en la atención médica integral en las escuelas especializadas, instalaciones pioneriles, y centros de diagnóstico y orientación.
 - 33.18.1. Brindar atención médica integral al niño en escuelas especiales.
 - 33.18.2. Apoyar el trabajo del Programa "Educa a tu hijo".
- 33.19. Desarrollar investigaciones encaminadas a obtener un mejor conocimiento de la morbilidad y mortalidad escolar.
- 33.20. Prestar atención médica a todos los internados, seminternados de primaria, escuelas especiales y escuelas de enseñanza secundaria.
- 33.21. Prestar atención higiénica y epidemiológica a las escuelas.

Objetivo 34. Perfeccionar la atención a la adolescencia

- 34.1. Extender en el 100 % de los hospitales pediátricos las consultas infanto-juvenil para la atención de la salud sexual y reproductiva de la niñez y la adolescencia.

- 34.2. Implementar en todo el país la red de atención estandarizada de calidad a la adolescencia con entrega de carnet de salud.
- 34.3. Aplicar en todo el país los estándares de calidad en los servicios para la atención integral a los adolescentes:
 - 34.3.1. Desarrollar acciones de promoción con el propósito de que los adolescentes estén informados acerca de su propia salud, sus derechos y que tengan conocimiento de dónde y cuándo obtener los servicios de salud sexual y reproductiva.
 - 34.3.2. Realizar acciones para que los padres, tutores, otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias, reconozcan y acompañen la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.
 - 34.3.3. Ofrecer, como parte de los servicios de salud, información, asesoría, diagnóstico y atención integral a la salud sexual y reproductiva que satisfaga a la población adolescente.
 - 34.3.4. Desarrollar la competencia técnica requerida por los prestadores de servicios de salud, para ofrecer servicios integrales y eficientes de salud sexual y reproductiva a los adolescentes.
 - 34.3.5. Ofrecer a los adolescentes, por parte de las instituciones de salud con servicios de salud sexual y reproductiva, horarios convenientes, espacios y ubicación adecuada, ambiente acogedor, privacidad y confidencialidad en la atención.
 - 34.3.6. Brindar servicios de salud de calidad, equitativos y sin discriminación a los adolescentes.
 - 34.3.7. Implementar, en las instituciones de salud, sistemas operativos de información estadística que recopilan, procesan y analizan datos sobre la utilización y calidad de sus servicios.
 - 34.3.8. Implementar acciones para que la población adolescente se involucre activamente en la planeación, el monitoreo, evaluación y mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva y en las decisiones acerca de su propia salud.
- 34.4. Completar los espacios destinados a los ingresos de adolescentes en los hospitales pediátricos y ginecobstétricos, materno infantiles y generales, con servicio de pediatría o ginecobstetricia.
- 34.5. Incentivar a los adolescentes en el estudio del Código de las familias para que se apropien de los aspectos en que los beneficia.
- 34.6. Organizar círculos de adolescentes, por el consultorio del médico de la familia, con el apoyo de las organizaciones de masa de la comunidad.
- 34.7. Implementar estrategias para pasar de proyectos minoritarios a programas sostenibles en gran escala como el de la niñez y las juventudes.
- 34.8. Crear un entorno favorable para la igualdad de género y, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
- 34.9. Realizar acciones de divulgación sobre los métodos anticonceptivos más eficaces y apropiados para las adolescentes.

Los estudios indican que los métodos reversibles de larga duración (DIU e implantes) también conocidos por sus siglas en inglés como LARC, son los más apropiados para las adolescentes sexualmente activas; en el caso de los preservativos, píldoras, parches, anillos o inyecciones, su eficacia depende de cómo se utilice y, por lo tanto, tienen un porcentaje más alto de fallas.

- 34.10. Informar sobre la disponibilidad de los anticonceptivos para los adolescentes.
- 34.11. Lograr mayor efectividad en las acciones de educación integral sobre sexualidad, para contribuir a fomentar una actitud responsable en la población, con prioridad en el grupo de las y los adolescentes.
- 34.12. Diseñar cursos de superación profesional en temas como embarazo en la adolescencia, adicciones, planificación familiar, lesiones no intencionales, ITS, VIH/sida.
- 34.13. Planificar la celebración anual en todo el país de festivales de salud, con promoción utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), redes nacionales y sitios web, con los temas siguientes: violencia, prevención de lesiones no intencionales, embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual, factores de riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles y adicciones.
- 34.14. Fortalecer los espacios para adolescentes a nivel de la comunidad (diversificando servicios, para el uso del tiempo libre, deporte, cultura, recreación, evaluando precios, horarios y reglamento).
- 34.15. Continuar desarrollando las consultas de puericultura a los adolescentes, de tal forma que estas se realicen en consultorios en horarios extendidos.
- 34.16. Fortalecer los servicios de salud mental para adolescentes, a nivel municipal de manera diferenciada.
- 34.17. Valorar, por el obstetra, pediatra y otros especialistas, a las adolescentes embarazadas ingresadas en hospitales, según sea necesario.
- 34.18. Organizar y establecer adecuadamente la referencia y contrarreferencia en la atención a adolescentes.
- 34.19. Organizar y establecer la transición y transferencia de los adolescentes con enfermedades crónicas hacia hospitales de adultos o institutos.
- 34.20. Continuar el desarrollo de investigaciones basadas en las necesidades fundamentales de las y los adolescentes, con participación multisectorial, que favorezcan la toma de decisiones a nivel local y nacional.
- 34.21. Insistir en la promoción de salud, educación sexual y uso de anticonceptivos en los varones.
- 34.22. Tener disponibilidad de condones en los lugares de mayor acceso de los adolescentes.
- 34.23. Hacer énfasis en la atención y seguimiento a las madres adolescentes y padres los niños/niñas y adolescentes, para facilitarles el uso de anticonceptivos y ofrecer la prevención de un segundo embarazo, por lo menos en los dos años siguientes al parto, así como otras problemáticas que puedan presentar.
- 34.24. Mantener de forma permanente una estrecha relación con las instituciones y organismos que colaboran con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil

y en la prevención del embarazo no deseado (MINED, FMC, ANAP, consejos populares, gobierno local, PCC, CDR) y fortalecer los vínculos con las organizaciones estudiantiles y juveniles para incrementar la prevención del embarazo no deseado (FEEM; FEU; UJC).

- 34.25. Perfeccionar las acciones del Programa de Educación Integral a la Sexualidad en las escuelas y la comunidad, haciendo énfasis en la educación a adolescentes varones y hombres, así como el Programa de maternidad y paternidad responsable.
- 34.26. Introducir cursos o talleres, para adolescentes y jóvenes, sobre la formación de futuros padres, en escuelas y comunidades.
- 34.27. Potenciar en escuelas y comunidades espacios amigables para el abordaje del tema de salud sexual con adolescentes, sus familiares y parejas. A través de charlas, talleres, servicios de orientación, círculos de interés, videos debate, juegos de participación, concursos con la participación de las familias y sus adolescentes.
- 34.28. Promover la formación de promotores pares y familias promotoras de la educación integral de la sexualidad, y la salud sexual y reproductiva, en las adolescencias.
- 34.29. Sensibilizar y capacitar a las familias para el fomento de aptitudes, comportamientos y cualidades personales que favorezcan un tránsito satisfactorio de la adolescencia hacia la adultez, con un distanciamiento importante de las interacciones, y dinámicas familiares, que abordan esta etapa como período de la vida problemático y de alto riesgo.
- 34.30. Promover la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, desde una perspectiva positiva, se traduce en:
 - 34.30.1. Reconocer su papel activo como sujetos de derechos, transformadores de su realidad; incorporar formas constructivas para el afrontamiento a los riesgos, en torno a las maneras de vivenciar sus sexualidades, y aprender de sus propias experiencias;
 - 34.30.2. Lograr que sean verdaderos protagonistas de la sociedad futura que están llamados a construir. Todo ello se convierte en gran reto para quienes tienen el encargo de acompañarlos en su crecimiento saludable y desarrollo integral.
- 34.31. Evaluar sistemáticamente la sostenibilidad de la regionalización de los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, y su correspondencia con las necesidades de la población adolescente, de manera que exista disponibilidad y un mejor acceso a estos servicios.
- 34.32. Promover y poner en práctica todos los servicios diferenciados para los adolescentes, la consulta de ginecología infantojuvenil en la atención primaria, los clubs de adolescentes, entre otras. Lograr que llegue a todos los niveles, hasta el barrio o asentamiento, una atención de salud de calidad y amigable para todos los adolescentes.
- 34.33. Los adolescentes necesitan servicios integrales, multifacéticos, apropiados para su etapa del desarrollo.

Objetivo 35. Perfeccionar la atención médica de las pacientes con afecciones ginecológicas e impulsar el desarrollo de la ginecología infantojuvenil

35.1. Lograr que toda paciente ginecológica tenga asistencia médica y de enfermería de calidad.

Acciones en la atención primaria de salud:

35.2. Conocer y manejar de forma adecuada, por el médico de la familia, las afecciones ginecológicas que presentan las pacientes bajo su esfera de acción, remitiendo al nivel de atención superior los casos que lo requieran, así como aquellas mujeres con patologías médicas asociadas.

35.3. Ofrecer una atención médica periódica, continua, completa y dispensarizada a la mujer en edad fértil, por parte del médico de la familia y/o ginecobstetra, realizando el Pregestograma a todas las mujeres en edad fértil y clasificando a las de riesgo como riesgo reproductivo preconcepcional.

35.4. Realizar control al 100 % de las mujeres no embarazadas con riesgo preconcepcional, de acuerdo al pregestograma de riesgo, para ofrecer el método anticonceptivo más adecuado.

35.5. Conocer e influir positivamente en los factores sociales y ambientales que actúan sobre la mujer y el embarazo.

35.6. Mantener la vinculación del equipo básico de salud con las mujeres de su población ingresadas en salas de ginecología.

35.7. Realizar examen ginecológico en mujeres supuestamente sanas (incluyendo mamas) cada dos años.

35.8. Desarrollar la terapéutica de la patología benigna del cuello uterino a nivel del especialista de ginecobstetricia de atención ambulatoria.

35.9. Sistematizar el examen físico de las mamas en las consultas de atención ambulatoria y educar a las mujeres sobre la importancia y realización del autoexamen.

35.10. Brindar cuidados especiales e intensivos a las pacientes ginecológicas que así lo requieran.

35.11. Cumplir los protocolos de ginecología en todo lo relacionado con el diagnóstico y tratamiento de esta especialidad.

35.12. Mantener y ampliar las consultas de pre- y postoperatorio ginecológico.

35.13. Exigir el correcto funcionamiento de los comités de evaluación de las intervenciones quirúrgicas integradas al Consejo Médico Auditor en todos los hospitales con servicios y médicos y quirúrgicos.

35.14. Cuantificar la morbimortalidad postoperatoria.

35.15. Discutir en reunión clínico-patológica la morbimortalidad ginecológica.

35.16. Incrementar el número de camas y de recursos humanos para la atención ginecológica.

35.17. Perfeccionar, en los hospitales provinciales con servicios de ginecobstetricia y otras unidades seleccionadas, consultas especializadas de ginecología infantojuvenil.

- 35.18. Completar las consultas de ginecología infanto juvenil en todos los hospitales pediátricos.
- 35.19. Promover investigaciones sobre la morbilidad y mortalidad ginecológica en general y sobre aspectos ginecológicos de la niñez y la adolescencia.

Objetivo 36. Perfeccionar el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades de transmisión sexual

- 36.1. Notificar los casos de enfermedades por transmisión sexual utilizando la metodología establecida.
- 36.2. Indicar y controlar la realización de la serología a la embarazada en el primer y tercer trimestre del embarazo. Además, realizar serología al ingreso para el parto y posparto (véase Anexo 2).
- 36.3. Indicar y controlar el tratamiento al 100 % de las embarazadas con serología reactiva, independientemente de su remisión ulterior al dermatólogo.
- 36.4. Apoyar la realización del control de foco cuando detecten enfermedades venéreas.
- 36.5. Coordinar con los laboratorios de microbiología para incorporar los medios que mejoren el diagnóstico en enfermedades de transmisión sexual.
- 36.6. Realizar examen directo (tinción de Gram) del exudado endocervical y/o cultivo, a toda mujer que consulte por primera vez en ginecología y en toda reconsulta que haya transcurrido tres meses del examen anterior.
- 36.7. Aplicar el programa de blenorragia.
- 36.8. Establecer que los comités de prevención y control de las infecciones hospitalarias discutan la morbilidad por infecciones de transmisión sexual.
- 36.9. Desarrollar centros de diagnósticos para la infección por clamidias.

Objetivo 37. Disminuir la morbilidad y mortalidad por afecciones oncológicas en las mujeres

- 37.1. Lograr el control del programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino en todos los niveles de la organización.
- 37.2. Realizar la toma de muestra citológica a toda mujer mayor de 20 años que haya tenido vida sexual activa y a la cual no se le haya realizado en los últimos dos años.
- 37.3. Cumplimentar la metodología estadística establecida en el programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino y mantener actualizados los datos de morbilidad en cada área de salud.
- 37.4. Mantener y desarrollar consultas de patología de cuello en los principales hospitales, con el objetivo de controlar las pacientes con una citología positiva o sospechosa (tratar que el personal de estas consultas se mantenga estable).
- 37.5. Mantener y desarrollar los laboratorios de citodiagnóstico de cáncer ginecológico.
- 37.6. Mantener la formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal médico y técnico, tanto nacional como internacionalmente.
- 37.7. Hacer examen ginecológico en mujeres supuestamente sanas incluyendo examen de mama cada 3 años.

- 37.8. Coordinar, con los servicios de oncología, para el tratamiento de los casos que requieran utilizar la radioterapia asociada a la cirugía o como tratamiento único.
- 37.9. Estimular el estudio de los aspectos epidemiológicos del cáncer ginecológico.
- 37.10. Desarrollar la cirugía del cáncer de mama.
- 37.11. Mejorar el diagnóstico precoz del cáncer de vulva, endometrio y ovario.

Cáncer y embarazo. Manejo metodológico

Aspectos a considerar para definir el tratamiento:

- Edad gestacional al diagnóstico.
- Etapa clínica al diagnóstico.
- Diagnóstico histológico.
- Deseos de la mujer de conservar el embarazo.
- Futuro reproductivo.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer durante el embarazo se realiza según las guías y recomendaciones utilizadas en las pacientes no gestantes.

Los procedimientos anestésicos estándar se consideran seguros en el embarazo. En general la cirugía se debe evitar durante el primer trimestre, debido a que se asocia con defectos del tubo neural en el feto.

La cirugía abdominal se considera más segura en el segundo trimestre, donde el riesgo del aborto es menor y el tamaño del útero permite realizar los procedimientos quirúrgicos. Todas las intervenciones después de la semana 20, se deben efectuar en decúbito lateral ligeramente a la izquierda, para mantener el gasto cardíaco y evitar la compresión de la vena cava.

La cirugía laparoscópica, se considera segura hasta las semanas 26-28 de la gestación. Para minimizar el riesgo potencial en el feto, la intervención no debe exceder los 90 min, el neumoperitoneo puede alcanzar una presión intraabdominal máxima de hasta 10 a 13 mm Hg, abierto y, por supuesto, debe realizarlo un cirujano experto.

Exploraciones complementarias. Los procedimientos de tipo endoscópico como la sigmoidoscopia, colonoscopia, gastroscopia y cistoscopia se pueden realizar durante el embarazo.

Los marcadores tumorales no forman parte de los procedimientos de estadificación durante el embarazo, debido a que sus valores fluctúan con frecuencia a medida que avanza la gestación.

Principios básicos de tratamiento. Tratamientos sistémicos del cáncer durante el embarazo (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapias diana): Están contraindicados en el primer trimestre de la gestación; porque causan hasta un 20 % de malformaciones (alto riesgo) y abortos. La organogénesis ocurre entre la segunda y octava semana del embarazo, por lo que la quimioterapia se puede administrar a partir de la semana 13 hasta la 33.

La hormonoterapia está contraindicada en el embarazo, no se dispone de información relacionada con el uso de los inhibidores de la tyrosine kinasa (TKIs), excepto el imatinib, que se puede administrar en el segundo trimestre para la leucemia mieloide crónica

En relación con la inmunoterapia, los anticuerpos anti-PD-1/PDL-1, se asocian con altas tasas de abortos en modelos animales, debido probablemente a su rol en el estado de inmunotolerancia durante el embarazo. El uso del bevacizumab no se recomienda a causa de su efecto antiangiogénico y a la insuficiente evidencia disponible sobre su uso en esta etapa.

Radioterapia: Se recomienda posponerla para después del parto y se contraindica en los tumores localizados en la pelvis, por el alto riesgo de aborto y daño fetal.

Efectos del embarazo sobre el cáncer. El embarazo en sí mismo no tiene efecto directo sobre la progresión de las neoplasias; pero afecta la toma de decisiones, la terapéutica y los resultados de la enfermedad.

Efectos del cáncer sobre el embarazo. En la mayoría de los casos, el cáncer no influye sobre el desarrollo del embarazo, especialmente los tumores extragenitales. Los riesgos más frecuentes son la restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad inducida por la terminación prematura del embarazo para realizar determinados tratamientos.

Efectos del cáncer en el proceso del parto. Definir el momento óptimo para el nacimiento es crucial. En ausencia de factores de riesgo obstétricos, se prefiere el parto por vía transvaginal, sin embargo, algunas situaciones oncológicas especiales como por ejemplo el cáncer de cérvix, de huesos largos, del sistema nervioso central o metástasis pulmonares, se prefiere el parto por cesárea. Es preciso realizar estudio histológico de la placenta para descartar la presencia o no de metástasis.

Efectos del cáncer en la lactancia materna. Se contraindica la lactancia materna.

Efectos del antecedente patológico personal de cáncer en el embarazo. Cada vez es más frecuente tratar cáncer en mujeres jóvenes, por lo que no pocas después del control de su enfermedad, desean iniciar o completar su descendencia. Hasta el momento ningún estudio ha demostrado que el embarazo repercuta de forma negativa en la evolución o supervivencia de estas pacientes. El tiempo mínimo que se considera seguro para el embarazo después de finalizar los diferentes esquemas terapéuticos, es de al menos un año. La evidencia demuestra que la supervivencia empeora ostensiblemente, en aquellas mujeres que salieron embarazadas antes de los seis meses de finalizar su tratamiento oncológico.

Consentimiento informado: Constituye una herramienta importante dentro del proceso de atención a este tipo de casos.

Red nacional de cáncer y embarazo. En Cuba está organizada la red de atención a la paciente con cáncer y embarazo, donde se atienden todos los casos con sospecha y diagnóstico de cáncer durante la gestación y/o el puerperio. Está integrada por las instituciones del nivel primario de atención (consultorio médico de la familia y policlínicos) y hospitales base de referencia para la atención obstétrica, neonatal e intensiva.

Objetivo 38. Promover la superación profesional de médicos y enfermeras, y la capacitación de técnicos y demás trabajadores de la salud en relación con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil

Existen las posibilidades de la integración ya que:

- La “Universidad” es todo el Sistema de Salud.
- El escenario de trabajo es el de formación.
- El docente es el mismo que presta el servicio.
- Se aprende haciendo, bajo atención tutorial.
- Se buscan las esencialidades del aprendizaje.
- Los programas y protocolos son uniformes.
- La formación es integral y por trabajo colectivo (humanística, pedagógica y científico-técnica).
- El formador es el mismo empleador.

- 38.1. Implementar acciones específicas para el componente docente del Programa Nacional de Atención Materno Infantil:
 - 38.1.1. Identificar las necesidades de aprendizaje.
 - 38.1.2. Estructuración de la superación y la formación, según los tiempos que implica cada modalidad:
 - Especialidades, maestrías y doctorados.
 - Cursos, diplomados, entrenamientos y otros.
 - Definir y planificar las formas y frecuencia de la organización de la docencia.
 - 38.1.3. Acercar en lo posible del “componente” al lugar donde existe el problema y labora el educando (aprender haciendo).
 - 38.1.4. Prevalecer en el componente docente.
 - 38.1.5. Potenciar la labor colectiva y en equipo.
 - 38.1.6. Motivar hacia las especialidades del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
 - 38.1.7. Corresponder las actividades docentes con el estado de los indicadores de cada lugar.
 - 38.1.8. Fiscalizar y sistematizar los procesos y las competencias profesionales: calidad.
 - 38.1.9. Lograr la interrelación entre niveles: atención primaria de salud, atención secundaria de salud y atención terciaria de salud.
 - 38.1.10. Potenciar la investigación en función de buscar soluciones.
 - 38.1.11. Involucrar a los estudiantes del pregrado con tareas de impacto a su alcance y labor en atención primaria de salud.
- 38.2. Preparar y capacitar a los profesionales de la salud sobre los principales problemas que afectan a la niñez y la adolescencia, con el diseño y preparación en las maestrías de:
 - Atención a la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG).
 - Perinatología.
 - Medicina materno fetal.
 - Puericultura.
 - Urgencias y emergencias pediátricas.
 - Salud del adolescente.
 - Enfermedades crónicas de la infancia.
- 38.3. Aumentar el número de médicos en formación como especialistas de ginecobstetricia, pediatría, neonatología y terapia intensiva pediátrica para ofrecer una atención de calidad de la población que atiende el Programa.
- 38.4. Organizar cursos en aspectos específicos del Programa sobre ginecología, obstetricia, pediatría, terapia intensiva pediátrica y neonatología, para ser realizados en unidades docentes de todos los niveles.
- 38.5. Coordinar cursos de especialización en los distintos institutos de investigación del país.
- 38.6. Actualizar y superar a enfermeras obstétricas, pediátricas, intensivistas y neonatólogas en unidades docentes de todos los niveles.
- 38.7. Participar en eventos nacionales e internacionales relacionadas con las especialidades de obstetricia, neonatología y pediatría.

- 38.8. Enviar a cursos de perfeccionamiento al exterior, sobre aspectos específicos del programa, a personal seleccionado con capacidad para reproducirlo en nuestro país.
- 38.9. Promover el perfeccionamiento de médicos, enfermeras y técnicos en los modernos procedimientos educativos.
- 38.10. Invitar a científicos extranjeros destacados en aspectos específicos de la obstetricia, ginecología, perinatología, neonatología y pediatría a nuestro país para impartir conferencias, seminarios que permita un intercambio provechoso de experiencia.
- 38.11. Promover propuestas de desarrollo en la especialidad de pediatría:
 - Diplomado de Nefrología Pediátrica para la continuidad de la labor docente-asistencial en el servicio de nefrología de referencia nacional.
 - Diplomado de Urgencias y Emergencias Pediátricas.
- 38.12. Fortalecer el manejo multidisciplinario de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) intencionando la proyección comunitaria.
- 38.13. Extender paulatinamente los centros de entrenamiento en el manejo del lesionado pediátrico.
- 38.14. Fortalecer la asistencia pediátrica en hospitales generales con servicios de pediatría ya sean provinciales o municipales.
- 38.15. Actualización de consensos nacionales de la especialidad con un eje desde la atención primaria de salud hasta el hospital.
- 38.16. Trabajar para certificar hospitales que reúnan condiciones como unidades de ciencia y técnica, así como sitios de ensayos clínicos.

Objetivo 39. Incrementar las investigaciones sobre salud materna e infantil

- 39.1. Promover investigaciones aplicadas, de acuerdo con el plan nacional de investigaciones, sobre los objetivos priorizados siguientes:
 - Prevención de lesiones no intencionales.
 - Reproducción humana.
 - Riesgo preconcepcional.
 - Riesgo obstétrico.
 - Diagnóstico y prevención de enfermedades genéticas.
 - Seguimiento del trabajo de parto.
 - Hipoxia del recién nacido.
 - Recién nacido de bajo peso al nacer.
 - Higiene escolar.
 - Embarazo en la adolescencia.
- 39.2. Determinar por la Dirección Nacional Materno Infantil la temática correspondiente para la elaboración de investigaciones específicas.
- 39.3. Aplicar las 27 innovaciones tecnológicas incluidas en este Programa:
 1. Gestograma de riesgo.
 2. Introducción y aplicación de la vacuna cubana contra el Neumococo.
 3. Registro Cubano de Malformaciones Congénitas (RECUMAC).
 4. Registro cubano de personas con discapacidad de origen genético.
 5. Registro cubano de gemelos.

6. Registro cubano de familias con enfermedades comunes.
7. Desarrollo de la medicina y la cirugía fetal.
8. Utilizar las tecnologías de comunicación en aspectos de la atención genética y obstétrica de la gestante mediante el Software SALGEN y potenciar el trabajo con el riesgo preconcepcional usando el Software PRECON.
9. Evaluación del riesgo de prematuridad por incompetencia cervical.
10. Emplear el protocolo de misofar como prostaglandina facilitadora en la rotura prematura de membranas y en la preeclampsia.
11. Utilizar algoritmo para el tratamiento no invasivo de causa etiológica en la fase latente prolongada de parto, según paridad.
12. Emplear el nuevo modelo de probabilidad para el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio.
13. Emplear, como estrategia ante la hemorragia obstétrica, la cirugía obstétrica inicial resolutive (COIR), atendiendo al algoritmo diseñado.
14. Implementar la asistencia al parto respetuoso.
15. Aplicar el método de recogida de datos por el sistema automatizado HALO (*High Altitude Low Opening*) para la vigilancia de MMEG en las instituciones, direcciones provinciales y dirección nacional de salud.
16. Utilización de la tetanalgesia.
17. Intervención educativa para promover el desarrollo integral de la primera infancia “Crecer saludables.”
18. Instrumento para la pesquisa de los trastornos del neurodesarrollo, que incrementará la atención al desarrollo infantil y elevará la calidad de la puericultura.
19. Neuroestimulación pediátrica. NEPD: Guía de estimulación para niños de hasta cinco años de edad, dirigida a los padres.
20. Utilización del bolsilibro: Emergencias y urgencias pediátricas.
21. Utilización de la oximetría de pulso para el diagnóstico precoz de cardiopatías congénitas.
22. Aplicación del protocolo de ventilación domiciliar.
23. Preparación de la población con simuladores para la atención de primeros auxilios a los lesionados
24. Utilización de software Oncoped para enfermedades oncológicas.
25. Creación de servicios de atención temprana en cada uno de los servicios de atención primaria de salud, así como en consultas regionalizadas.
26. Red de atención estandarizada de calidad a la adolescencia con entrega de carnet de salud.
27. Red nacional de cáncer y embarazo.

Objetivo 40. Implementar mecanismos para la evaluación y evidencia de la calidad y seguridad de la atención hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, con énfasis en la salud reproductiva y materno infantil

- 40.1. Monitorear el cumplimiento y la adherencia a las guías de prácticas clínicas y los protocolos de actuación aprobados para la atención hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, así como en la salud reproductiva y materno infantil.

- 40.2. Controlar el cumplimiento de las normas y disposiciones vigentes que tributen a la atención hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, así como la salud reproductiva y materno infantil.
- 40.3. Elaborar guías dirigidas a la evaluación de la calidad de la atención a la salud hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, así como la salud reproductiva y materno infantil.
- 40.4. Diseñar, ejecutar y controlar planes de mejora con enfoque de gestión de riesgo.
- 40.5. Controlar el estado de aptitud de los instrumentos y equipos de medición que se utilizan de la atención hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, así como en la salud reproductiva y materno infantil.
- 40.6. Establecer la certificación y la acreditación de procesos e instituciones que evidencien la calidad de la atención hacia la mujer, la niñez y la adolescencia, así como en la salud reproductiva y materno infantil.
- 40.7. Promover una cultura de calidad a partir de la capacitación y superación profesional en esta materia, con énfasis en la normalización, metrología, certificación, acreditación y seguridad del paciente.

Objetivo 41. Prevenir la mortalidad, morbilidad y discapacidad en la población materno infantil afectada por desastres

- 41.1. Responsabilizar al Programa Nacional de Atención Materno Infantil, a los diferentes niveles, de la atención a la población materno infantil afectada por situaciones de desastres; huracanes, intensas lluvias, sismos, incendios y epidemias.
- 41.2. Crear grupos de trabajo intersectorial a los diferentes niveles nacional, provincial y municipal (con énfasis en este último) para el enfrentamiento a los desastres de la población materno infantil
- 41.3. Designar un profesional como responsable de desastres del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, que deberá tener un levantamiento permanente de la población materno infantil dispensarizada, con énfasis en las familias o casos vulnerables, las instituciones con riesgos estructurales, las brigadas que se formarán en su radio de acción y los medicamentos e insumos que necesita.
- 41.4. El responsable de desastres del Programa Nacional de Atención Materno Infantil deberá conocer los componentes de los *kits* interagenciales, los números que los designan y las cantidades de cada *kits*, a solicitar ante un desastre.

Acciones ante eventos naturales y situaciones de desastres:

- 41.5. Indicar el alta de los casos que lo permiten, para la liberación de camas en los hospitales o servicios del programa y los hogares maternos.
- 41.6. Ingresar en los hospitales o servicios de pediatría, a los niños menores de 18 años que viven en zonas de difícil acceso y riesgo de quedar aisladas, con alguna patología que requiera atención médica continua, ventilación domiciliar o algún riesgo médico severo como las cardiopatías complejas descompensadas u otras enfermedades crónicas.
- 41.7. Ingresar en los servicios de obstetricia a las gestantes que viven en zonas de difícil acceso y riesgo de quedar aisladas, con fecha próxima de parto o con riesgos obstétricos.

- 41.8. Ingresar en los hogares maternos a las gestantes de riesgo o con viviendas en zonas de difícil acceso y con posibilidades de quedar aisladas.
- 41.9. Asegurar el mapeo y análisis de los servicios de Programa Nacional de Atención Materno Infantil existentes, de conjunto con los mecanismos de coordinación de salud de ITS/SIDA.
 - 41.9.1. Compartir información sobre la disponibilidad de servicios y productos de Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
 - 41.9.2. Asegurar que la comunidad esté informada de la disponibilidad y la ubicación de las instituciones vinculadas al Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- 41.10. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes:
- 41.11. Trabajar con otros grupos, especialmente con el subgrupo de protección o de violencia de género, para establecer medidas preventivas a nivel comunitario, incluidos centros de salud, a fin de proteger de la violencia sexual a las poblaciones afectadas, en particular a mujeres y niñas.
- 41.12. Prevenir la transmisión del VIH y de otras ITS y reducir la morbilidad y la mortalidad debido a estas enfermedades, estableciendo el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- 41.13. Aplicar las precauciones estándares contra la sepsis.
- 41.14. Ofrecer la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados, gratuitamente
- 41.15. Apoyar el suministro de antirretrovirales (ARV) para continuar el tratamiento de las personas que estaban inscritas en un programa de terapia antirretroviral (TAR) antes de la emergencia, incluidas las mujeres que estaban inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil.
- 41.16. Apoyar el suministro de profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones oportunistas en pacientes que se ha descubierto que tienen, VIH o que ya han sido diagnosticados con el virus.
- 41.17. Ofrecer disponibilidad en los establecimientos de salud del diagnóstico sintomático y el tratamiento de las ITS.
- 41.18. Prevenir el aumento de morbilidad y mortalidad materna y neonatal:
- 41.19. Ofrecer la disponibilidad y accesibilidad de servicios de parto higiénico y seguro, de atención neonatal esencial y de atención obstétrica y neonatal de emergencia que pueden salvar vidas, incluido lo siguiente:
- 41.20. A nivel de los hospitales que reciben derivaciones: personal médico capacitado y suministros para la gestión de la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.
 - 41.20.1. A nivel comunitario: Suministro de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro, y sobre la importancia de buscar atención en centros de salud. Se deben proporcionar botiquines de parto en condiciones higiénicas a las mujeres embarazadas y al médico del albergue para promover partos higiénicos en el hogar en los casos en que no sea posible el acceso a un centro de salud.

- 41.21. Establecer un sistema de remisión las 24 h del día, los 7 días de la semana, para posibilitar el transporte y la comunicación entre la comunidad, el centro de salud y el hospital.
- 41.22. Brindar la disponibilidad de atención posaborto que salve vidas en los centros de salud y hospitales.
- 41.23. Ofrecer disponibilidad de suministros y productos para el parto en condiciones higiénicas y la atención inmediata del recién nacido cuando el acceso a un centro de salud no es posible o no es confiable.
- 41.24. Prevenir embarazos no deseados:
 - 41.24.1. Solicitar disponibilidad de una gama de métodos anticonceptivos de acción prolongada reversibles y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos, donde ya se usan, y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención de salud primaria a fin de satisfacer la demanda.
 - 41.24.2. Proporcionar información, incluidos los materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y consejería anticonceptiva que enfatice la elección informada y el consentimiento, la eficacia, la privacidad y la confidencialidad del usuario, la equidad y la no discriminación.
 - 41.24.3. Lograr que la comunidad esté consciente de la disponibilidad de anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

IX. Metas

Nuestro objetivo es alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030; de acuerdo con el Macroprograma desarrollo humano, equidad y justicia social: proyecto "Desarrollo y calidad de los sistemas y servicios de salud"; los resultados esperados para el 2030 son:

- Disminuida la tasa de mortalidad infantil en menores de un año por cada mil nacidos vivos a menos de 4.
- Disminuida la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos a un 70 % con relación al 2021.
- Disminuida la tasa de mortalidad de menores de cinco años por debajo de 5 por cada mil nacidos vivos.
- Disminuido en un 35 % el Índice de bajo peso al nacer en los nacidos vivos del territorio nacional con relación al 2021.
- Captación del 100 % de las embarazadas.
- Brindar 12 consultas prenatales por embarazadas (en consultorios del médico de la familia y terrenos).
- Lograr la inmunización con toxoide tetánico al 100 % de las embarazadas captadas.
- Brindar más de un 90 % de consultas de puerperio.
- Lograr una asistencia a las consultas de embarazadas superior al 90 %.
- Lograr que el 80 % de las gestantes reciban cursos de psicoprofilaxis.
- Lograr un 100 % de serología *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) en el primer y tercer trimestres de las embarazadas captadas, así como la realización de VDRL al 100 % de las gestantes que ingresen para el parto, en el posparto y al recién nacido.
- Brindar los cuidados de parto respetuoso al 95 % de los partos realizados en el año.
- Descartar riesgo obstétrico al 100 % de las embarazadas.
- Remitir al 100 % de las mujeres de alto riesgo obstétrico a las consultas especializadas establecidas.
- Control y tratamiento del 100 % de las mujeres con citologías orgánicas sospechosas y positivas.
- Disminuir la citología no útil a menos de un 5 %.
- Obtener un 100 % de efectividad en el control de las mujeres en seguimiento.
- Visitar el 90 % de las puérperas en el hospital y hogar, dentro de los 7 días que siguen al parto.
- Captar el 100 % de los recién nacidos egresados vivos de los servicios de maternidad dentro de los 7 días posteriores al alta. Lograr no menos de un 80 % de lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida y un 60 % con lactancia materna complementada hasta los 2 años de edad.
- Lograr un 95 % de egresados de maternidades con lactancia materna exclusiva.

X. Monitoreo y evaluación

Para ejecutar las tareas se tiene que tomar en consideración el ciclo reproductivo histórico en nuestro país (tabla 8).

Tabla 8. Ciclo reproductivo histórico de Cuba

| Baja natalidad | | | Media natalidad y mortalidad | | | | Alta natalidad y mortalidad | | | | |
|--|-----|-----|---|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene |
| ETAPA I | | | ETAPA II | | | | ETAPA III | | | | |
| Acciones | | | Acciones | | | | Acciones | | | | |
| APS | | | APS | | | | APS | | | | |
| Aseguramiento de estructura CAPTACIÓN precoz EVALUACIÓN satisfactoria DIAGNÓSTICO PRENATAL de afecciones congénitas | | | Estructura óptima REEVALUACIÓN satisfactoria Con énfasis en: Riesgo de bajo peso al nacer Infección cérvico vaginal Enfermedad de HTA de la gestación | | | | Actualización de insuficiencias del componente técnico estructural CONTROL DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL Aplicación de la unidad básica de acción | | | | |
| HOSPITAL | | | HOSPITAL | | | | HOSPITAL | | | | |
| Aseguramiento de estructura Organización de comités Actualización y divulgación de protocolos de asistencia según el servicio prestado (urgencias, salas, unidad obstétrica) Auditorías | | | Estructura óptima Funcionamiento de los comités Cumplimiento de los protocolos de asistencia según el servicio prestado (urgencias, salas, unidad obstétrica) Auditorías | | | | Estructura óptima Funcionamiento de los comités Cumplimiento de los protocolos de asistencia según el servicio prestado (urgencias, salas, unidad obstétrica) | | | | |

Leyendas: APS: atención primaria de salud; HTA: hipertensión arterial.

- El primer cuatrimestre del año está caracterizado por la baja natalidad, por lo que debe ser el momento para mejorar la estructura, realizar las reparaciones en los servicios directamente relacionados con los partos, incrementar de modo significativo la preparación técnica del personal, trabajar en los protocolos, normas y guías, organizar los comités y reorganizar la atención primaria de salud (APS). En estos meses se captan las embarazadas que tendrán fecha de parto para el último trimestre del año y primer mes del próximo año; en esta etapa se debe garantizar calidad en la captación y evaluación de las gestantes, enfatizando en las acciones preventivas de la prematuridad y la restricción de crecimiento intrauterino, para disminuir la morbilidad por el bajo peso al nacer en la etapa de incremento de la natalidad según el ciclo reproductivo de Cuba.

- Durante los meses de mayo a agosto aumenta discretamente, con respecto al periodo anterior, el número de nacimientos y debe ser el periodo aprovechado para incrementar las acciones en la atención primaria de salud, realizar reevaluación de las embarazadas, completar el número de camas en hospitales y hogares maternos, completar el equipamiento y tener al personal capacitado, realizar supervisiones y auditorías y, en general, estar preparados para la próxima etapa que es la más difícil del Programa. En estos meses ya se cuenta con el gestograma hasta el mes de mayo del próximo año, por lo cual se deben efectuar acciones de control sobre estas gestantes que se encuentran en el primer y segundo trimestre del embarazo, para garantizar un primer cuatrimestre del venidero año, con indicadores satisfactorios y sostenibles; las acciones encaminadas a reducir la prematuridad por incompetencia cervical y prevención adecuada de la restricción del crecimiento intrauterino deben estar entre las prioridades a realizar y fiscalizar.
- La última etapa se debe asumir con todos los recursos materiales y humanos listos para enfrentar septiembre como el mes de mayor número de nacimientos de niños bajo peso y octubre como el mes de mayor número de partos. Desde septiembre hasta que concluye enero, el trabajo debe estar centrado en el seguimiento a las acciones hospitalarias, además con controles permanentes en todo el sistema de salud.

Reuniones

Se realizarán las reuniones siguientes:

- Reunión operativa.
- Reunión para el análisis del programa, semanal.
- Reunión estratégica para el análisis del programa, mensual.
- Reunión de interrelación atención primaria de salud-hospitales, en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
- Reunión anual (balance).

Reunión operativa: espacio para el análisis diario del programa, así como organizar las actividades, consultas, acciones que se deban desarrollar en las próximas 24 h y evaluar la efectividad de las realizadas en el día anterior.

Escenarios: direcciones provinciales, direcciones municipales, policlínicos, hospitales.

Participantes:

- Atención primaria de salud (APS): director, subdirector, jefe de departamento de enfermería, jefe y profesores del grupo básico de trabajo, administrador, técnicos en estadísticas y medicamentos.
- Atención secundaria de salud (ASS): jefes de servicio, jefas de salas, técnicos en farmacia y aseguramiento médico, subdirectores, directores, jefes de departamentos de estadísticas.

Reunión para el análisis del Programa: espacio para el análisis semanal y de los aseguramientos médicos y no médicos, para la lograr la sostenibilidad.

Escenarios: direcciones provinciales, direcciones municipales, policlínicos, hospitales.

Participantes:

- Atención primaria de salud (APS): director, subdirector, jefe de departamento de enfermería, jefe y profesores del grupo básico de trabajo, administrador, técnicos de estadísticas y medicamentos.

- Atención secundaria de salud (ASS): jefes de servicio, jefas de salas, técnicos de farmacia y de aseguramiento médico, subdirectores, directores, jefes de departamentos de estadísticas.

Reunión estratégica para el análisis del programa: espacio para el análisis mensual del Programa, de forma estratégica. Esta reunión se desarrollará la tercera semana del mes, con el mismo orden del día del análisis semanal y la peculiaridad de la presentación de un tema según plan temático (previamente elaborado), un enfoque estratégico y análisis del comportamiento de los principales indicadores según resultados estadísticos.

Escenarios: direcciones provinciales, direcciones municipales, policlínicos, hospitales.

- Atención primaria de salud (APS): director, subdirector, jefe de departamento de enfermería, jefe y profesores del grupo básico de trabajo, administrador, técnicos de estadísticas y medicamentos.
- Atención secundaria de salud (ASS): jefes de servicio, jefas de salas, técnicos de farmacia y de aseguramiento médico, subdirectores, directores, jefes de departamentos de estadísticas.

Reunión de interrelación atención primaria de salud-hospitales en el Programa: espacio para el intercambio de especialistas del primer nivel de atención con los del nivel hospitalario, donde se discute morbilidad, casos de alto riesgo, conductas terapéuticas y actualización de temas de interés de las especialidades.

Escenarios: direcciones provinciales, direcciones municipales, policlínicos, hospitales.

Participantes:

- Atención primaria de salud (APS): subdirector, profesores del grupo básico de trabajo.
- Atención secundaria de salud (ASS): jefes de servicio, subdirectores.

Reuniones de análisis trimestral del Programa: espacio para el análisis trimestral del programa de forma estratégica. Comportamiento de los indicadores, principales causas de morbilidad y mortalidad del trimestre, así como evaluar la efectividad de las estrategias adoptadas.

Reunión anual (balance): espacio para el análisis del Programa con el cierre estadístico del año, donde se definen las estrategias a seguir para el próximo año.

Escenarios: direcciones provinciales, direcciones municipales, policlínicos, hospitales.

Flujo de informaciones

El flujo de información se realiza de la manera siguiente:

- Diarios por niveles hasta llegar al país; análisis preliminar de fallecidos y críticos.
- Día 15 de cada mes, informe de análisis definitivo de fallecidos del mes anterior y medidas tomadas para evitar que se repitan las deficiencias encontradas.

Espacios de discusión

Los espacios de discusión son los siguientes:

- Discusión de morbilidad.
- Discusión de mortalidad.
- Discusión de bajo peso.

El resultado de cada discusión debe ser analizado en las reuniones semanales del Programa. El resultado de la discusión y el plan de medidas deberá ser enviado a los niveles superiores en las primeras 24 h de acontecido.

Acciones de control

Se realizarán los controles periódicos por los distintos niveles.

- Las direcciones provinciales, municipales y las unidades ejecutoras, realizarán análisis del comportamiento del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, mensualmente.
- Las direcciones provinciales de salud (DPS) realizarán, todos los meses, visitas de control y ayuda a municipios y unidades.
- Las direcciones municipales de salud (DMS) realizarán visitas de control y ayuda, mensualmente, a las unidades.
- El nivel nacional realizará el análisis del comportamiento del Programa (parcial o total) por territorios (occidente, centro, oriente) con una frecuencia no mayor de 3 meses para cada territorio.
- El Programa constituye la base para las inspecciones técnicas en los distintos niveles.

Evaluaciones parciales:

- Evaluaciones mensuales, a través de los informes diarios y mensuales de las actividades.
- Evaluaciones trimestrales realizadas por el nivel central y mensualmente por las provincias.
- Evaluación final anual.
- Anualmente se realizará una evaluación tomando en cuenta las metas planteadas para cada año.
Las metas se ajustarán anualmente.

XI. Anexos

Anexo 1. Términos y definiciones

Nacido vivo. Expulsión o extracción de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que después de su separación del cuerpo de la madre respire o de cualquier otra señal de vida (palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria), tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical como si se ha desprendido o no la placenta.

Recién nacido a término. Es aquel que nace entre 37 semanas y 41,6 semanas de edad gestacional (259 a 293 días).

Recién nacido pretérmino o prematuro. Es el que nace antes de las 37 semanas de edad gestacional (menos de 259 días).

Recién nacido postérmino: Nacido vivo a una edad gestacional de 42 semanas o más (294 días o más), embarazo prolongado.

Recién nacido inmaduro. Nacido vivo (NV) con menos de 1000 g de peso, generalmente con menos de 28 semanas de edad gestacional (menos de 196 días).

Recién nacido de bajo peso al nacer. Es el nacido vivo que al nacer pesa menos de 2500 g, independientemente de la edad gestacional.

Recién nacido de muy bajo peso al nacer: Es el nacido vivo que al nacer pesa menos de 1500 gramos, independientemente de la edad gestacional.

Recién nacido de gran peso. Es el nacido vivo que nace con peso mayor de 4000 g (macrosómico).

Recién nacido de bajo peso para su edad gestacional. Es el que nace con peso inferior al percentil 3 de la curva de peso intrauterina, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta. Se le conoce también como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Crecimiento intrauterino acelerado. Recién nacido con peso superior al 97 percentil de la curva de peso intrauterina, de acuerdo con su edad gestacional, independientemente de la duración de esta.

Aborto. Es el nacimiento de un feto muerto con peso inferior a 500 g y menos de 22 semanas de edad gestacional.

Aborto espontáneo. Pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas de gestación, es decir, antes de que el feto sea normalmente viable fuera del útero.

Defunción fetal. Es la defunción fetal con peso al nacer mayor de 500 g, que equivale aproximadamente a las 22 semanas de gestación. Cuando esta defunción corresponde

a fetos con 1000 g o más de peso, que equivale aproximadamente a una edad gestacional de 28 semanas o más, se denomina *defunción fetal tardía*.

Defunción fetal antes del parto. Se considera como tal cuando el feto presenta signos de maceración.

Defunción fetal intraparto. Se considera como tal cuando el feto no presenta al nacer signos de maceración (feto fresco), incluye la cesárea realizada antes del trabajo de parto, siempre que el feto no esté macerado.

Defunción neonatal precoz. Son los recién nacidos que fallecen antes de los 7 días de vida.

Defunción neonatal tardía: Recién nacidos fallecidos entre 7-27 días de vida.

Defunción posneonatal. Recién nacidos fallecidos entre 28 días y menos de los 12 meses de edad.

Defunción infantil. Todo nacido vivo que fallece antes de cumplir el primer año de vida.

Anexo 2

A. Recomendaciones para el uso de penicilina benzatínica en la prevención de sífilis congénita

1. Toda embarazada, con una prueba positiva para sífilis, deberá recibir tratamiento con penicilina benzatínica desde el mismo día en que se recibe el resultado de la primera prueba diagnóstica.
2. Antes de indicar el tratamiento, el médico realizará un levantamiento sobre los antecedentes de alergia a medicamentos, para lo que debe aplicar el cuestionario siguiente:

Cuestionario para la evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados (betalactámicos) (completar por el profesional efector)

- a) ¿Tomó o recibió penicilina, o amoxicilina, o ampicilina, u otro betalactámico alguna vez? SI___ NO___
¿Tuvo alguna reacción alérgica? SI___ NO___

Observaciones:

Si las respuestas son NO, es innecesario continuar con el cuestionario.

Si la respuesta es SI, tuvo una reacción alérgica, continuar con el cuestionario.

- b) ¿Recibió penicilina, amoxicilina u otro betalactámico después haber tenido la reacción que manifiesta? SI___ NO___
¿Tuvo nuevamente una reacción alérgica al recibir el medicamento?
SI___ NO___

Observaciones:

Si la respuesta es SI recibió y NO tuvo reacción alérgica, es innecesario continuar con el cuestionario.

Si presenta riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los criterios siguientes:

- Dificultad respiratoria, o caída brusca de la tensión arterial, o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema, o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 min).

- Requirió internación a causa de la reacción.
- Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por períodos de tiempo prolongados, como úlceras, infecciones en la piel, o profilaxis de fiebre reumática.

Con 1 criterio positivo se recomienda derivar al paciente a un alergista (si no estuviera disponible en 48 a 72, h programar desensibilización).

Si no presenta los criterios mencionados la derivación al servicio de alergia no tiene indicación.

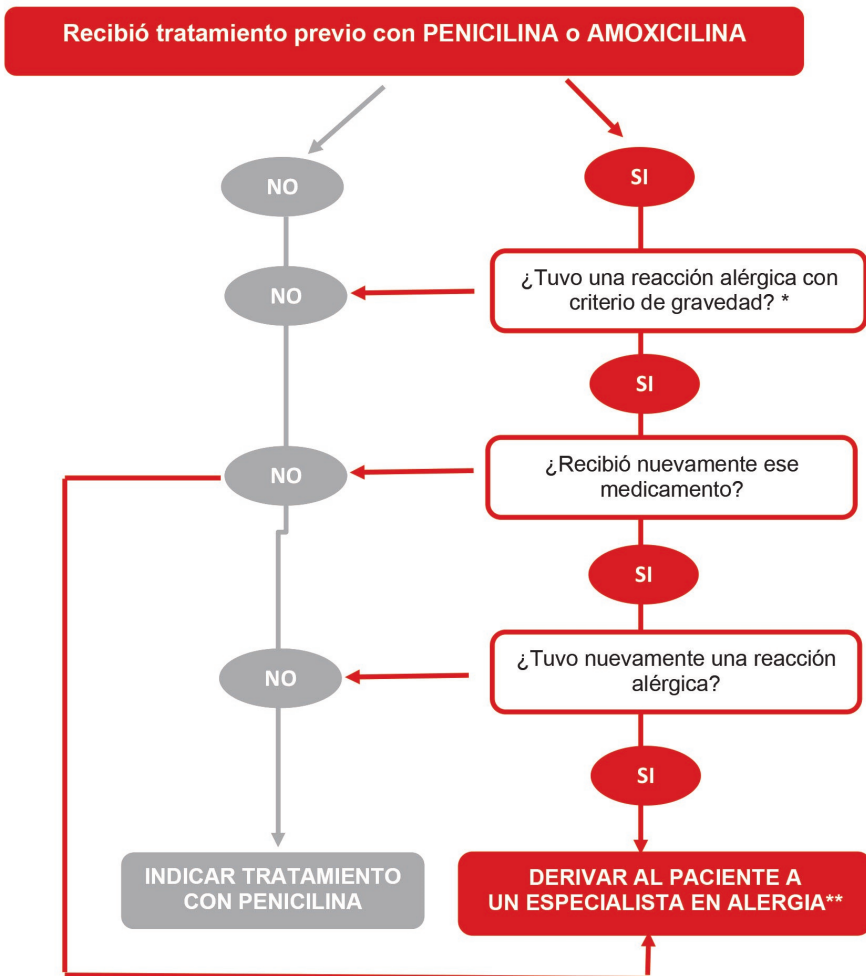
La derivación se solicita como: “evaluación de alergia a medicamentos” (no como “test de alergia a la penicilina”).

3. Si la gestante fuera evaluada como riesgo bajo¹, medio² o nulo, la indicación del tratamiento se prescribirá con una orden escrita, para su inmediata aplicación.
4. Antes de la aplicación, se verificará la disponibilidad de recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento inicial de un cuadro de anafilaxia.
5. La paciente permanecerá en observación al menos 60 min después de la aplicación.
6. Antes de retirarse, se programará la siguiente aplicación de penicilina si correspondiera, extendiendo una orden por escrito, indicando el número de dosis. También, se programará la evaluación de la pareja sexual de la paciente y, si se encontrara presente al momento de la consulta, se aprovechará la oportunidad para aplicar 1 dosis de penicilina benzatínica.
7. Si la gestante fuera evaluada como de *riesgo elevado de alergia severa*, será derivada a un centro de mayor complejidad para evaluación más detallada y tratamiento de desensibilización para penicilina. El tratamiento de desensibilización podrá ser realizado en el ámbito hospitalario que cuente con la complejidad necesaria para el eventual tratamiento de un *shock* anafiláctico, sin que sea imprescindible la internación.
8. Las personas con historia de síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, nefritis intersticial o anemia hemolítica, vinculadas al uso de B lactámicos *no deben realizarse test cutáneos y deben evitar la penicilina durante toda la vida*.
9. Las instituciones de salud deberán disponer de recursos necesarios para la correcta aplicación de esta pauta nacional.

¹ Síntomas no alérgicos aislados (gastrointestinales, cefalea), prurito sin rash y reacciones mal caracterizadas de más de 10 años.

² Urticaria u otro tipo de rash pruriginoso, otras reacciones compatibles con reacciones mediadas por IgE.

B. Protocolo para la evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados



* Presenta criterios de riesgo elevado de reacción anafiláctica con 1 o más de los siguientes:

1. Dificultad respiratoria, caída brusca de la tensión arterial o náuseas y vómitos, trastornos cutáneos o angioedema, o pérdida del conocimiento al poco tiempo de haber recibido el medicamento (60 min).
2. Requirió internación a causa de la reacción.
3. Tiene antecedentes de enfermedades por las cuales haya necesitado utilizar penicilina o derivados por períodos de tiempo prolongados como úlceras, infecciones en la piel, profilaxis de fiebre reumática, etc.

** Si no estuviera disponible el especialista en 48 a 72 h, programar desensibilización.

Fig. Evaluación de los factores de riesgo de alergia a penicilina y derivados.

C. Protocolo de desensibilización oral a la penicilina

- La desensibilización es un procedimiento sencillo y relativamente seguro que se puede realizar por vía oral o intravenosa para gestantes con riesgo elevado de reacción anafiláctica.
- La desensibilización oral se considera más segura y más fácil de llevar a cabo. Debe realizarse en un hospital. Es importante saber que las pruebas cutáneas para alergia a la penicilina NO DEBEN efectuarse con el preparado de penicilina benzatínica, ya que es irritante para la piel y el tejido celular subcutáneo, y puede provocar una reacción mal entendida como positiva.
- Puede ser oral o endovenosa. INGRESO Y MONITORIZACIÓN SIEMPRE.
- Debe realizarse bajo supervisión médica, y teniendo corticoides y adrenalina a disposición por si apareciera algún efecto secundario, aunque esto no es habitual que se presente.
- El proceso dura 3 h y 45 min; se recomienda un intervalo de 30 min, con observación entre el fin de las dosis orales y la administración parenteral.
- Este esquema deberá repetirse antes de cada dosis inyectable semanal.
- Se comienza con 100 unidades de fenoximetilpenicilina, y la dosis se duplica cada 15 min hasta llegar a una dosis acumulada de 1,3 millones de unidades, como se muestra a continuación.

Tabla. Esquema de desensibilización oral para gestantes alérgicas a la penicilina

| Número de dosis de suspensión de penicilina V potásica ³ | Unidades/mL | Volumen administrado (mL) | Unidades | Dosis acumulada (Unidades) |
|---|-------------|---------------------------|----------|----------------------------|
| 1 | 1000 | 0,1 | 100 | 100 |
| 2 | 1000 | 0,2 | 200 | 300 |
| 3 | 1000 | 0,4 | 400 | 700 |
| 4 | 1000 | 0,8 | 800 | 1500 |
| 5 | 1000 | 1,6 | 1600 | 3100 |
| 6 | 1000 | 3,2 | 3200 | 6300 |
| 7 | 1000 | 6,4 | 6400 | 12 700 |
| 8 | 10 000 | 1,2 | 12 000 | 24 700 |
| 9 | 10 000 | 2,4 | 24 000 | 48 700 |
| 10 | 10 000 | 4,8 | 48 000 | 96 700 |
| 11 | 80 000 | 1,0 | 80 000 | 176 700 |
| 12 | 80 000 | 2,0 | 160 000 | 336 700 |
| 13 | 80 000 | 4,0 | 320 000 | 656 700 |
| 14 | 80 000 | 8,0 | 640 000 | 1 296 700 |

³ Cantidad a diluir en 30 mL de agua para administración oral.

D. Protocolo de desensibilización intravenoso a la penicilina

- Si la penicilina no está disponible en presentación oral (tableta o suspensión se puede adoptar el esquema de desensibilización empleando la vía intravenosa, por lo que se adapta el siguiente protocolo.
- A partir del vial de penicilina G de 1 000 000 UI, se elaboran tres (3) soluciones madre. A continuación, se expone cómo se pueden preparar las diferentes soluciones de trabajo a partir de una solución estándar. La infusión inicial comienza con la solución C (ver figura).
 - Solución estándar: penicilina G, 1 000 000 UI; diluir en 50 mL de solución salina a 0,9 %; 20 000 UI/mL.
 - Solución A: 20 mL de solución estándar + 180 mL de solución salina a 0,9 %. 2000 UI/mL.
 - Solución B: 20 mL de solución A + 180 mL de solución salina a 0,9 %. 200 UI/mL.
 - Solución C: 20 mL de solución B + 180 mL de solución salina a 0,9 %. 20 UI/mL.

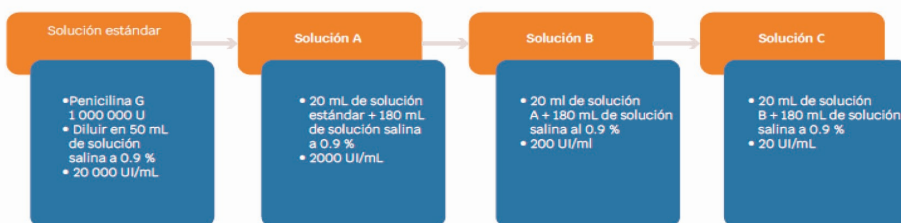


Fig. Preparación de soluciones para la desensibilización intravenosa a penicilina.

Procedimiento:⁴

- El medicamento, en solución C, se administra durante 15 min a la velocidad de infusión indicada (ver tabla).
- Después de completar los 15 min, se continúa con la siguiente dosis, en este caso el doble de la velocidad de infusión anterior. Las siguientes dosis se continúan cada 15 min.
- Es preciso observar atentamente cuándo la siguiente dosis salta a una nueva solución (B, A o Estándar).
- Se debe observar la posible aparición de erupción, broncoconstricción, bradicardia, hipotensión o arritmia. Si hay un medidor de flujo disponible, se puede medir el flujo espiratorio máximo.
- En caso de reacción adversa, suspender inmediatamente la infusión, administrar clorfenamina 10 mg i.v. y reevaluar.

⁴ Adaptado de Chastain DB, Hutzley VJ, Parekh J, Alegre JV. Antimicrobial desensitization: A review of published protocols. Pharmacy (Basel). 2019;7(3).

- Si es necesario, aplicar hidrocortisona 100 mg i.v. o epinefrina. Una vez resuelto el evento reiniciar con la dosis tolerada previamente.

Tabla. Protocolo de desensibilización intravenoso a penicilina en gestante con sífilis

| Paso | Solución | Velocidad (mL/h) | Dosis acumulativa (UI) |
|------|----------|------------------|------------------------|
| 1 | C | 10 | 50 |
| 2 | C | 20 | 100 |
| 3 | C | 40 | 200 |
| 4 | C | 80 | 400 |
| 5 | C | 160 | 800 |
| 6 | B | 30 | 1500 |
| 7 | B | 60 | 3000 |
| 8 | B | 120 | 6000 |
| 9 | B | 240 | 12 000 |
| 10 | A | 50 | 25 000 |
| 11 | A | 100 | 50 000 |
| 12 | A | 200 | 100 000 |
| 13 | Estándar | 40 | 200 000 |
| 14 | Estándar | 80 | 400 000 |

Bibliografía

1. Castro B, Cuéllar R, Ibargollen L, Esquivel M, Machado MC, Martínez V. Experiencia cubana en la atención a la salud infantil. 1959-2006. MINSAP/OPS/OMS. La Habana: Editora Política. 2010.
2. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Salud Reproductiva. Evaluación de la mujer para métodos reversibles de larga duración. Campus Virtual de Salud Pública. AIPEO. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-de-anticoncepcion-inmediata-post-evento-obstetrico-aipeo-2021>
3. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y salud Reproductiva. Dispositivos intrauterinos posaborto. Campus Virtual de Salud Pública. AIPEO. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-de-anticoncepcion-inmediata-post-even-to-obstetrico-aipeo-2021>
4. Colectivo de autores. Principales emergencias obstétricas que causan ingreso en las unidades de cuidados intensivos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/principales-emergencias-obstetricas-que-causan-ingreso-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos/>
5. Colectivo de autores. Manual de procedimientos de hogares maternos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-procedimientos-de-hogares-maternos/>
6. Colectivo de autores. Temas de obstetricia para la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/temas-de-obstetricia-para-la-atencion-primaria-de-salud/>
7. De Mucio B, Sosa C, Martino N. Morbilidad materna extremadamente grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Rev. Med. Clin. Condes. 2023; 34(1):26-32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686402300007X>
8. Del Rio R, Thió M, Bosio M, Figueras J, Iriondo M. Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada. An Pediatr. 2020; 93(1):24-33. Disponible en: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/329574/1-s2.0-S1695403319303777-main.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Hernández A, et al.: Familia y adolescencia: indicadores de salud. Washington OPS/OMS. Programa de Salud Integral del Adolescente. 2016: p. 3-8. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/familia-adolescencia-indicadores-salud-manual-aplicacion-instrumentos>
10. Holland-Hall CM. Adolescent physical and social development. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21sted. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: chap 132.
11. Marc Dante KJ, Kliegman RM. Overview and assessment of adolescents. In: eds. Nelson Essentials of Pediatrics. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019: chap 67.

12. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª. Ed. Brasília-DF: Editorado Ministério da Saúde, 2011. 204 p. ISBN 978-85-334-1782-3. Disponible en: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
13. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guias-de-actuacion-en-las-afec-ciones-obstetricas-frecuentes/>
14. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2019. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-pa-ra-la-atencion-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-la-adolescencia/>
15. Ministerio de Salud Pública. Guía de actuación para la atención al parto respetuoso [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-la-atencion-al-parto-respetuoso/>
16. Ministerio de Salud Pública. Guías metodológicas del Programa Nacional de Atención Materno Infantil.
17. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 1980.
18. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 1989.
19. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivo. 5ª ed. Resumen ejecutivo, 2015. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205016/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747>
21. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2021. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275323915>
22. Red de investigación neonatal del Instituto Nacional de Salud Infantil desarrollo humano Eunice Kennedy Shriver. La relación del deterioro del desarrollo neurológico con los resultados concurrentes en la primera infancia de los bebés extremadamente prematuros. J Perinat. 2021; 23:1-9.
23. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>
24. World Health Organization. Abortion care guideline. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization, 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>
25. World Health Organization. Global healthst and ards for quality health-care services for adolescents. A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality

- of health care services for adolescents. Volume World Health Organization. 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>
26. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive child birth Experience. World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
27. Zeballos Sarrato G, Ávila Álvarez A, Escrig Fernández R, et al. Guía española de estabilización y reanimación neonatal. 2021. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-guia-espanola-estabilizacion-reanimacion-neonatal-articulo-S1695403321002137>

Programa Nacional de Atención Materno Infantil

En 1980 en Cuba se implementó el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, documento que contenía las acciones para disminuir no solo la mortalidad infantil, sino también la perinatal, preescolar, escolar y materna, como respuesta a las grandes transformaciones sociales que se desarrollaron luego del triunfo de la Revolución Cubana. La presente edición se ha realizado en un contexto diferente, teniendo en cuenta los actuales cambios en nuestra sociedad, que incluyen la necesidad de la intersectorialidad y la participación social, para lo cual se rediseñaron las actividades en virtud del estado del arte acerca de la atención materno infantil, con énfasis en las directrices recientes emitidas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

El Programa responde al propósito de perfeccionar la atención a la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, así como elevar la calidad de la atención a la salud sexual, reproductiva y materno infantil; tiene el objetivo de contribuir a elevar la salud y la satisfacción de la población mediante acciones de promoción, protección, prevención y recuperación de la mujer, embarazada o no. Favorece, además, un medio ambiente que permita a todos los niños, niñas y adolescentes tener una salud óptima, crecer en entornos seguros y protegidos, estar bien educados y preparados de forma física, mental y emocional, para contribuir social y económicamente a la sociedad.

