

# **PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER**

**La Habana, 1998**

## INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer; con cifras inferiores a los 2500 g, es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con bajo peso que en los niños que nacen con un peso normal a término.

Los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal, como en la niñez y aun en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentran la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

Cuando la causa del bajo peso ha sido un retardo del crecimiento intrauterino, éste puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales, y de secuelas neurológicas e intelectuales.

El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación *mundial*, y es más frecuente en los países subdesarrollados.

La publicación Estado Mundial de la Infancia, de la UNICEF, 1996, muestra grandes diferencias entre países en cuanto al bajo peso: el 4% en Irlanda, Finlandia y Noruega, y hasta el 50 % en Bangladesh. Estas variaciones observadas en la frecuencia aseveran la posibilidad de prevención.

## BAJO PESO AL NACER EN CUBA

El índice de bajo peso, en Cuba, mostró un descenso paulatino hasta llegar a 7,3 % en 1989. Desde 1990, las condiciones económicas a que se enfrenta el país repercuten en las posibilidades de nutrición de la población, y es por eso que el índice de bajo peso comenzó a aumentar hasta alcanzar su cifra máxima en 1993, cuando llegó a 9,0 %.

Frente a esta situación se diseñaron estrategias encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada, basadas en un nuevo enfoque en el funcionamiento de los hogares maternos y en el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revirtieron favorablemente la situación en los índices de bajo peso, que para 1996 ya fue de 7,3 %.

Como es de esperarse, existen diferencias entre regiones; así vemos que durante el año 1996, el índice más bajo del país lo presentó la provincia La Habana con 4,9% y el más elevado Guantánamo con 8,9%.

Todos los elementos que se detallan en esta introducción, más las actividades que se complementan en este Programa, en ningún momento pueden excluir o sustituir el Programa Materno-infantil ni la Carpeta Metodológica, sino complementarlos y enriquecerlos en este objetivo específico referido a la mortalidad en el recién nacido con bajo peso.

## FACTORES DE RIESGO DEL BAJO PESO AL NACER

El bajo peso al nacer puede obedecer a 2 causas fundamentales:

- Haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino).
- Tener el feto una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional, desnutrición intrauterina, crecimiento intrauterino retardado, etc.

El parto pretérmino se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos, la dilatación permanente del cuello uterino y con distintas enfermedades o complicaciones del embarazo.

El crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, los factores ambientales y sociales, la pobreza y con los distintos factores socioeconómicos

En ocasiones puede ser considerado como un efecto generacional.

El hábito de fumar incide tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado.

## **FACTORES DE RIESGO DEL BAJO PESO AL NACER IDENTIFICADOS EN CUBA**

Un estudio del riesgo obstétrico realizado en Cuba, en 1981, permitió identificar en nuestro país los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer:

Embarazo en la adolescente.

Desnutrición de la madre: peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación.

Hábito de fumar.

Antecedentes de niños con bajo peso.

Existen otros factores identificados que deben tenerse en cuenta:

Aborto provocado (curetaje).

Hipertensión durante el embarazo.

Incompetencia istmicocervical.

Embarazos gemelares.

Anemia.

Sepsis cervicovaginal.

# **PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER**

## **PROPÓSITO**

-Reducir la morbilidad y mortalidad por bajo peso al nacer.

## **OBJETIVOS GENERALES**

-Mejorar la salud de las madres mediante medidas que actúen sobre los principales factores de riesgo que puedan afectarla.

-Reducir la incidencia del bajo peso al nacer.

-Actuar sobre las principales causas de mortalidad en el bajo peso al nacer.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

-Disminuir la prevalencia del embarazo en la adolescencia.

-Disminuir la prevalencia del hábito de fumar en la población:

-Promover un buen estado de salud nutricional en las embarazadas.

-Dispensar como grupo de riesgo a las mujeres con historia de abortos del segundo trimestre y partos de recién nacidos con bajo peso.

-Detectar precozmente, durante el embarazo, las gestantes con alto riesgo, tratando de evitar el crecimiento intrauterino retardado, el parto pretérmino o los 2.

-Reconocer precozmente los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino para su tratamiento adecuado.

-Establecer actividades específicas contra las principales causas de muerte en el recién nacido con bajo peso al nacer.

-Incrementar los conocimientos sobre el bajo peso al nacer.

-Promover el apoyo social mediante las organizaciones políticas y de masas, así como el apoyo familiar a las gestantes con alto riesgo.

-Incrementar la educación para la salud en relación con el bajo peso al nacer.

## **LÍMITES**

-De espacio: este Programa se desarrollará en todo el país y será aplicado en todas las instancias que brindan atención a gestantes.

-De tiempo: tendrá carácter permanente y comenzará en el primer semestre de 1998; cada 2 años se harán reajustes.

## **Universo de trabajo**

El universo de trabajo es toda la población femenina en edad fértil. Las instituciones en que se va a aplicar son:

- Consultorios del médico de la familia
- Policlínicos
- Hospitales rurales
- Hospitales de Maternidad
- Servicios de Ginecoobstetricia en los diferentes niveles
- Hogares Maternos
- Escuelas del Sistema Nacional de Educación
- Puestos Médicos

- Casas de Orientación a la Mujer y a la familia
- Otras

### **Actividades específicas**

- Disminuir la prevalencia del embarazo en la adolescencia.

Divulgar entre la población y especialmente entre los adolescentes, las desventajas de la maternidad en esta etapa de la vida.

Promover que los adolescentes se beneficien de las acciones de Planificación Familiar.

Divulgar entre los adolescentes los métodos anticonceptivos más adecuados en esa edad de la vida haciendo énfasis en los métodos de barrera.

Divulgar la información correcta sobre el método de regulación menstrual

- Disminuir la prevalencia del hábito de fumar en la población.

Divulgar dentro de la población la mayor incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, especialmente entre las embarazadas fumadoras.

Promover que toda mujer fumadora deje este mal hábito, al menos durante el embarazo y la lactancia.

- Promover un buen estado de salud nutricional de la embarazada.

Identificar durante la atención prenatal las gestantes con una mala nutrición

Realizar la valoración nutricional de la embarazada, en cada consulta, haciendo énfasis en la curva de ganancia de peso

Brindar atención especial a la gestante con una mala nutrición

Promover el ingreso en hogares maternos, hospitales o en los 2, de aquellas embarazadas con una mala nutrición importante.

Promover la creación de servicios de nutrición en todos los hospitales provinciales docentes.

Crear la vinculación para gestantes en régimen externo (diurno) que puedan obtener los beneficios del Hogar Materno en cada territorio

.Vincular a embarazadas, con riesgo nutricional importante (grados III- IV), 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.

.Crear las condiciones territoriales con el fin de lograr la interacción entre el sector agrícola y el de la salud, para el apoyo nutricional a gestantes ingresadas en instituciones hospitalarias y en hogares maternos, mediante los consejos de la administración

.El especialista en nutrición del territorio debe participar directamente como parte del grupo de trabajo de atención a gestantes con una mala nutrición.

-Dispensarizar, como grupo de riesgo, a las mujeres con historia de abortos del segundo trimestre y partos de recién nacidos con bajo peso.

.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 éste y aplicar las medidas terapéuticas específicas.

.Proteger con métodos anticonceptivos a estas mujeres, hasta que se determine el momento oportuno para iniciar otro embarazo.

.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.

-Identificar precozmente, durante el embarazo, las gestantes con alto riesgo, para evitar el crecimiento intrauterino retardado, el parto pretérmino o los 2. .Identificar, desde las primeras consultas prenatales, las gestantes con riesgo de parto pretérmino.

.Realizar el pesquiasaje de las infecciones cervicovaginales como posible causa de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.

.Establecer con exactitud la edad gestacional desde la primera consulta, para poder seguir evolutivamente el crecimiento fetal.

.Interpretar y controlar la curva de ganancia de peso de las gestantes y el crecimiento de la altura uterina.

.Estudiar, en las gestantes con riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, la biometría fetal, mediante el ultrasonido en los lugares donde esto es factible.

.Lograr el ingreso oportuno, cuando haya evidencia de parto pretérmino o de crecimiento intrauterino retardado, en el Hospital.

.Lograr el ingreso en el domicilio o en el Hogar Materno de gestantes que presenten riesgo de prematuridad o crecimiento intrauterino retardado.

.Ingresar a la gestante con un embarazo gemelar desde las 20 semanas y hasta el término de éste, en el Hogar Materno o en el Hospital de concomitar una afección asociada. En condiciones excepcionales se ingresará en su domicilio con seguimiento diario por el grupo básico de trabajo (GBT). En caso de ingreso institucional, no se dará pase a las gestantes con embarazo múltiple.

-Reconocer precozmente los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino para su tratamiento adecuado.

.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.

.Realizar, por el médico, una observación prolongada durante 1 hora como mínimo en las pacientes en que se aprecien contracciones.

.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 hora, 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.

.Observar, entre 1 y 3 horas, a toda gestante en la que se compruebe un patrón aumentado de la actividad uterina y proceder a su remisión si éste se mantiene.

.Valorar, por el especialista en ginecoobstetricia, a su llegada al Cuerpo de Guardia del Hospital.

-Establecer actividades específicas contra las principales causas de muerte del recién nacido con bajo peso al nacer.

.Prever oportunamente el nacimiento de un recién nacido con bajo peso para realizar el traslado *in utero* a centros con las mejores condiciones para este tipo de parto, a los que se les garanticen los recursos mínimos necesarios.

.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.

.Atendido 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 garantizar óptimas condiciones de traslado al servicio de neonatología.

.Racionalizar adecuadamente los cuidados intensivos neonatales evitando el intervencionismo exagerado en este tipo de paciente.

.Extender, según posibilidades, el uso del surfactante en recién nacidos pretérminos ventilados, con síndrome de dificultad respiratoria.

.Aplicar los criterios clínicos y paraclínicos posibles para lograr un diagnóstico precoz de las infecciones y lograr su tratamiento oportuno.

.Mejorar la calidad del diagnóstico microbiológico en las infecciones del recién nacido.

.Administrar leche materna a todos los recién nacidos con bajo peso y garantizar su adecuada recuperación nutricional.

### **-Incrementar los conocimientos sobre el bajo peso al nacer.**

.Organizar investigaciones encaminadas a conocer las causas del bajo peso al nacer, como:

Identificación de factores relacionados con el parto pretérmino, haciendo énfasis en los nacimientos ocurridos antes de las 34 semanas de gestación con el objeto de prevenirlos.

Identificación de factores asociados con el crecimiento intrauterino retardado.

Determinación de la conducta obstétrica en los niños con bajo peso al nacer con un crecimiento intrauterino retardado.

Impulso de los estudios epidemiológicos y genéticos de morbilidad y mortalidad.

.Realizar entrenamientos especializados en medicina perinatal para obstetras, pediatras, neonatólogos y especialistas en medicina general integral.

.Promover el intercambio continuo con otros países mediante becas, bolsas viajeras e investigaciones en conjunto sobre el bajo peso al nacer.

.Invitar a profesionales de reconocida calificación internacional a brindar seminarios y conferencias sobre este tópico.

### **-Promover el apoyo social y familiar a las gestantes con alto riesgo.**

.Utilizar los medios de difusión masivos para favorecer una actitud de protección a la mujer embarazada.

.Promover, mediante las organizaciones de masas, el apoyo solidario a las embarazadas.

.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.

.Aplicar y desarrollar el Programa de Maternidad y Paternidad Conscientes.

.Lograr que en todos los lugares y servicios públicos se dé atención preferencial a las embarazadas.

### **-Incrementar la educación para la salud en relación con el bajo peso al nacer.**

.Brindar información a la población, mediante los medios de comunicación social, sobre el bajo peso al nacer.

.Brindar información y contenidos educacionales a los 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.

.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.

.Brindar educación directa, por parte del médico y la enfermera, que haga énfasis en los siguientes aspectos:

Riesgo 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 *a/* organismo.

Infecciones cervicovaginales y su relación con *la* ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino.

.Brindar educación colectiva en consultas del médico de la familia, consultas de policlínicos y hospitales, salas de espera y hospitalización, por parte no sólo del médico, sino de psicólogos, enfermeras, dietistas, trabajadores sociales y demás técnicos de la salud.

.Promover *la* confección de literatura médica que aborde la profilaxis del bajo peso *a/* nacer, para ser distribuida entre médicos de la familia, de policlínicos y de hospitales.

## **ORGANIZACIÓN**

### **Estructura.**

.El nivel nacional será el responsable de establecer las normas y procedimientos necesarios para el mejor desenvolvimiento de este Programa.

.Los directores provinciales y municipales de salud serán *los* máximos responsables de organizar, dirigir y controlar el Programa en el nivel correspondiente, aportando en forma organizada *los* recursos humanos y materiales que sean necesarios para su mejor desarrollo. ,

.Los directores de las unidades ejecutoras tendrán la responsabilidad de organizar, dirigir y controlar la ejecución del programa en este nivel.

.Todos *los* miembros del equipo de salud, en todos *los* niveles de la organización, que tengan responsabilidad con la ejecución del Programa, conocerán *los* detalles de éste, así como las actividades en que deban participar.

### **-Funciones a nivel nacional.**

.El Ministerio de Salud Pública será el máximo responsable del desarrollo de este Programa. .El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por medio de la Dirección Nacional de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar, será el responsable del Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras áreas y organismos que participan en él. .El Viceministro a cargo de la Higiene y la Epidemiología será el responsable de *los* aspectos relacionados con la salud nutricional, diagnóstico epidemiológico y microbiológico, y educación para la salud.

.La Dirección Nacional de Ciencia y Técnica será la responsable de todas las investigaciones que sobre esta materia se realicen.

.El Viceministro a cargo de la Docencia será el responsable de la realización de los cursos de educación médica continuada y seminarios que se efectúen para el adiestramiento del personal que tome parte del Programa, así como de la información que sobre este aspecto requieran los estudiantes de medicina.

.El Viceministro a cargo del Área de la Industria Medicofarmacéutica será el responsable de garantizar la adquisición de medicamentos, así como el equipamiento e instrumental médico necesarios para la buena marcha del Programa.

.El Viceministro a cargo de la Economía será el responsable de fiscalizar e instrumentar, en el orden metodológico, la planificación de los recursos que para el desarrollo del Programa se haga en las diferentes provincias y unidades ejecutoras.

.El Director Nacional de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar tendrá a su cargo las funciones siguientes:

Normar, supervisar y evaluar todas las actividades correspondientes al Programa.

Establecer las coordinaciones necesarias con otros organismos políticos, estatales y de masas que intervienen en el Programa.



Coordinar, por medio del Viceministerio correspondiente, con el Instituto de Nutrición, los grupos nacionales y otras unidades de Ciencia y Técnica, las actividades de investigación, docencia y atención médica que se programen.

Coordinar, mediante el Viceministerio correspondiente y la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales, con VNICEE Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Fondo Mundial de Población, las necesidades de intercambio científico, de ayuda técnica y de investigaciones con estas organizaciones, así como con otros países.

Promover un intercambio continuo con otros países mediante becas, bolsas viajeras e investigaciones en conjunto sobre el bajo peso al nacer, así como solicitar la presencia de profesores de reconocida calificación internacional para brindar seminarios y conferencias sobre este tópico.

Coordinar con el Viceministerio de Docencia la realización de cursos de superación médica continuada y seminarios para el adiestramiento del personal, en medicina perinatal.

.La Dirección Nacional de Investigaciones será la responsable de las investigaciones que se programen, en los aspectos de:

Identificación de factores relacionados con el parto pretérmino. Identificación de factores asociados con el crecimiento intrauterino retardado.

Determinación de la conducta obstétrica a seguir en los niños con bajo peso al nacer, tanto en los pretérminos como en los de crecimiento intrauterino retardado.

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas tendrá a su cargo la responsabilidad de acopiar, seleccionar, reproducir y distribuir toda la información científicotécnica actualizada para el personal médico que participa en el desarrollo del Programa.

.La Dirección Nacional de Relaciones Internacionales tendrá a su cargo la responsabilidad de establecer las relaciones de intercambio científicotécnico que sean necesarias para el óptimo funcionamiento del Programa.

.La Dirección Nacional de Estadísticas será la responsable de confeccionar, aprobar y poner en ejecución el Sistema de Información Estadística del Programa, así como de brindar la información necesaria para su control.

.La Dirección Nacional de Salud Maternoinfantil y Planificación Familiar tendrá a su cargo las funciones siguientes:

Normar, supervisar y evaluar todos los aspectos relacionados con el diagnóstico, criterio de riesgo, desarrollo de la consulta de profilaxis del bajo peso al nacer, planeamiento familiar, dispensarización, ingreso y uso de medicamentos en gestantes con riesgo de partos de niños con bajo peso.

Proponer medidas que contribuyan a disminuir la incidencia de partos pretérmino.

Exigir que el personal médico de mayor calificación sea responsable de la atención de todo parto pretérmino con edad gestacional de 32 semanas o menos.

Controlar que se brinde una atención precedente a las gestantes con riesgo: adolescentes; gestantes con poca ganancia de peso o desnutrición, con hábito de fumar, con antecedentes de partos de niños con bajo peso al nacer, con incompetencia istmicocervical y con embarazo gemelar. Además, se debe ofrecer planeamiento familiar e, inclusive, esterilización quirúrgica en los casos indicados.

Proponer las medidas pertinentes para que se aplique el Programa de la Maternidad y Paternidad Conscientes, como método para disminuir la ansiedad de las gestantes.

Proponer investigaciones encaminadas a conocer las causas del bajo peso al nacer.

Asesorar a las instancias correspondientes en todo lo concerniente a esta entidad.

Proponer el establecimiento de medidas específicas de prevención y tratamiento, para disminuir las causas de muerte en el recién nacido con bajo peso.

**-Funciones a nivel provincial.**

.El Director Provincial del Sector de la Salud del Poder Popular será el máximo responsable del desarrollo del Programa.

.El Vicedirector Provincial de Atención Médica tendrá las funciones siguientes:

Adaptar el Programa Nacional a las condiciones específicas de su provincia.

Supervisar y evaluar las actividades del Programa en su provincia. Establecer las coordinaciones necesarias con otros organismos estatales, políticos y de masas, así como con otras vicedirecciones del sector de la salud que intervienen en el desarrollo del Programa en su provincia.

Planificar y ejecutar estudios en colaboración con las vicedirecciones del sector de la salud que intervienen en el desarrollo del Programa en su provincia,

Participar en las actividades de docencia y divulgación sobre los aspectos más importantes del Programa.

Garantizar la participación de las unidades de atención primaria, secundaria y del médico de la familia en el Programa.

Coordinar, con las instancias provinciales correspondientes, las actividades de investigación, docencia y atención médica que se mencionan en el Programa.

Informar periódicamente a las instancias superiores, la marcha del Programa.

.El Vicedirector Provincial de Higiene y Epidemiología garantizará todo lo relacionado con los aspectos nutricionales, diagnóstico epidemiológico y microbiológico, y educación para la salud.

.El Vicedirector Provincial de Docencia e Investigación garantizará la realización de seminarios, cursos de educación continuada y adiestramientos.

.El Director de la Empresa Provincial de Medicamentos, Instrumental y Equipos garantizará la adquisición de los recursos materiales necesarios para el desarrollo del Programa.

.El Departamento Provincial de Estadísticas ejecutará las actividades del Sistema de Información Estadística del Programa.

### **-Funciones a nivel municipal.**

.El Director Municipal de Salud será el máximo responsable del cumplimiento de las actividades del Programa en este nivel.

.El Subdirector Municipal de Asistencia Médica tendrá las funciones siguientes:

Adaptar el Programa a las condiciones específicas de su municipio.

Supervisar y evaluar todas las actividades del Programa en su municipio. Establecer las coordinaciones necesarias con otros organismos estatales, políticos y de masas, así como con otras vicedirecciones del sector de la salud que intervengan en el Programa.

Planificar y ejecutar estudios en colaboración con otras vicedirecciones del sector de la salud que intervengan en el Programa.

Garantizar la participación de las unidades de atención primaria, secundaria y del médico de la familia en el Programa.

Coordinar con las instancias municipales correspondientes las actividades de investigación, docencia y atención médica que se mencionan en el Programa.

Informar periódicamente a las instancias superiores correspondientes sobre la marcha del Programa.

### **.Funciones del Director del Policlínico.**

.Garantizar las actividades de diagnóstico y tratamiento; consulta de profilaxis del bajo peso al nacer, de planeamiento familiar y dispensarización de las gestantes con riesgo de partos de productos con bajo peso al nacer. Brindar una atención preferente a las gestantes con riesgo: adolescentes, gestantes con poca ganancia de peso o desnutrición, con hábito de fumar, con antecedentes de partos de niños con bajo peso al nacer, con incompetencia istmicocervical y con embarazo gemelar.

.Garantizar la aplicación y desarrollo del Programa de Maternidad y Paternidad Conscientes.

- .Promover la realización de estudios para conocer la incidencia de gestantes con alto riesgo de tener un recién nacido con bajo peso.
- .Garantizar el cumplimiento de las actividades educativas que se realicen en el área de salud.
- .Brindar la información periódica necesaria y su flujo a instancias superiores para la buena marcha del Programa.
- .Funciones del médico de la familia.
- .Garantizar las actividades de diagnóstico, tratamiento y r ., r dispensarización de las gestantes con riesgo de parto pretérmino.
- .Controlar, en el domicilio, a todas aquellas gestantes diagnosticadas como de alto riesgo y que no necesiten su internamiento en una unidad hospitalaria
- .Garantizar una atención preferente a las gestantes adolescentes o con poca ganancia de peso o desnutrición, con hábito de fumar, con antecedentes de partos de niños con bajo peso al nacer, con incompetencia istmicocervical y con embarazo gemelar.
- .Cumplir con lo establecido en las orientaciones sobre riesgo reproductivo.
- .Garantizar la educación para la salud referente a este aspecto, no sólo de forma individual, sino colectiva.
- .Realizar interconsulta a toda gestante dentro de los 15 días siguientes a su primera consulta y entre las 28 y 32 semanas evaluación y reevaluación, a las 40 semanas y cuando se entienda necesario.
- .Garantizar la captación precoz de toda gestante en las primeras 13 semanas de gestación, establecer los criterios de riesgo y cumplir en cada consulta con las actividades y acciones de salud establecidas en las Normas de Obstetricia.
- .Determinar con exactitud la edad gestacional desde la primera consulta para evaluar el crecimiento uterino progresivamente.
- .El médico de la familia se apoyará en la enfermera y la hará partícipe, para el cumplimiento de las actividades específicas de este Programa.

#### **-Metas a alcanzar.**

- .Reducir la incidencia del bajo peso al nacer - menos de 2. 500 g- a 7,0 por 100 nacidos vivos en el año 2.000.
- .Reducir la tasa de mortalidad neonatal - menos de 28 días- a menos de 6,0 por 1 000 nacidos vivos en el año 2.000.
- .Lograr más del 95 % de dispensarización de mujeres que hayan tenido abortos espontáneos del segundo trimestre y/o nacidos con bajo peso.
- .Alcanzar más del 95 % de dispensarización de gestantes adolescentes, con poca ganancia de peso, desnutridas, con hábito de fumar, incompetencia istmicocervical y embarazo gemelar.
- .Lograr más del 95 % de dispensarización de mujeres con afecciones médicas que se asocien con el bajo peso al nacer, como: enfermedad hipertensiva, afecciones renales, pielonefritis, diabetes, enfermedad cardiovascular, sicklemlia y otra anemia severa, y afecciones sistémicas graves.
- .Realizar acciones de planeamiento familiar en más del 95 % de las áreas de salud.
- .Detectar el1 00 % de las gestantes con mala nutrición durante la atención prenatal.
- .Ingresar el1 00% de los embarazos gemelares a partir de las 20 semanas de gestación y hasta el parto.
- .Lograr que el1 00 % de las áreas de salud y de los consultorios del médico de la familia elaboren un programa educativo, dirigido hacia la planificación familiar, la selección del momento adecuado para la maternidad y la profilaxis del bajo peso al nacer.
- .Establecer una estrecha interrelación con el 100 % de los miembros del Grupo Básico de Trabajo, para el control, dispensarización y atención de las mujeres con riesgo obstétrico y preconcepcional.
- .Informar al 100 % de las gestantes bajo control, sobre los síntomas de alarma durante el embarazo y los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino.
- .Confeccionar, por parte del/ Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia y el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, contenidos educacionales dirigidos a limitar y eliminar factores causales del bajo peso, para obtener el apoyo de las organizaciones políticas y de masas.

#### **CONTROL**

- Se realizarán controles periódicos por los distintos niveles.
  - .En las reuniones territoriales de análisis del Programa Maternoinfantil, bimestralmente.
  - .En las reuniones provinciales de análisis del Programa Maternoinfantil, mensualmente.
  - .En las reuniones municipales de análisis del Programa Maternoinfantil, mensualmente.
  - .En las reuniones a nivel de área de salud de análisis del Programa Maternoinfantil.
  - .En las reuniones de análisis del Programa a nivel de las unidades ejecutoras. .En visitas de control y ayuda por parte de cualquier instancia de la organización.

- Se realizarán evaluaciones parciales.
  - .Mediante los informes mensuales de las actividades.
  - .Por medio de los informes semestrales de las actividades.

Para lograr los objetivos que se plantean en el Programa es fundamental la participación de la educación y la promoción de la salud.

Se deben divulgar las siguientes temáticas:

- 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 en el organismo.
- Infecciones cervicovaginales y su relación con la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino.
- Síntomas sutiles de parto pretérmino.
- Regulación menstrual.

Además se deben confeccionar afiches , plegables o sueltos que contengan información referente a los Síntomas sutiles del parto pretérmino .

- Contracciones uterinas siguiendo un patrón regular mantenidas durante 1 hora.

- Dolor opresión lumbar en las caderas.

- Dolor abdominal bajo.

- Retortijones con o sin diarreas o indigestión.

- Cambio en las pérdidas vaginales. "