

- [RIESGO REPRODUCTIVO PRE-CONCEPCIONAL](#)
- [ABORTO](#)
- [ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO](#)
- [CESAREA](#)
- [BAJO PESO AL NACER](#)
- [AFECCIONES PERINATALES](#)
- [SEPSIS \(1\)](#)
- [INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS](#)
- [ACCIDENTES](#)
- [LACTANCIA MATERNA](#)
- [DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER CERVICO UTERINO](#)
- [ANOMALIAS CONGENITAS](#)
- [CANCER DE MAMA](#)

Indice General

A continuación se exponen algunos de los problemas identificados como susceptibles de modificarse y que tienen gran influencia en los indicadores de salud materno-infantil. El cumplimiento de estas instrucciones contribuirá de manera decisiva a alcanzar una tasa de mortalidad infantil inferior a 7,0 x 1000 NV y materna de 3,7 x 10⁴ NV, que constituyen nuestros propósitos para 1999.

Riesgo reproductivo pre-concepcional

SITUACIÓN ACTUAL

Manejo y control inadecuados del riesgo reproductivo pre-concepcional, dados por el no conocimiento de la magnitud del problema, la distorsión del enfoque, y la no realización de acciones para su modificación.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja.

OBJETIVOS

- Identificación de la población en riesgo.
- Modificación positiva de los riesgos susceptibles.
- Lograr embarazos deseados saludables o con el menor riesgo posible.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Desarrollo de la Ginecología infanto-juvenil.
- Búsqueda activa y tratamiento de afecciones en niños, adolescentes y adultos masculinos que puedan afectar su salud reproductiva.
- Capacitar a todo el personal de la Atención Primaria de salud.
- Identificación de los lugares con resultados desfavorables en el control del riesgo reproductivo.
- Exigir la dispensarización del universo en riesgo.

- Utilizar el método o medio anticonceptivo adecuado en cada caso, de acuerdo con la disponibilidad, dirigido a aplazar el embarazo por el tiempo necesario para modificar el riesgo.
- Desarrollar y perfeccionar consultas especializadas de Planificación Familiar en función del riesgo a nivel de policlínico.
- Participación interdisciplinaria e intersectorial en la modificación del riesgo.
- Negociación con la mujer o la pareja del momento oportuno de la concepción.
- Crear el grupo de trabajo, encargado de la planificación familiar a nivel de policlínico, municipio y provincia .

CONTROL

- Supervisiones mensuales con grupos de trabajo a la APS, priorizando los lugares con resultados desfavorables en el control de riesgo.
- Evaluación
- Disminución de los embarazos con riesgo.
- Disminución de los riesgos en el embarazo.
- Análisis de la Situación de salud en la APS

VIGILANCIA

- Seguimiento de la disminución de los embarazos con riesgo y de los riesgos en el embarazo con periodicidad trimestral por Sitios Centinela.
- Monitoreo del cumplimiento de las acciones con periodicidad trimestral por Sitios Centinela.
- Análisis de la Situación de Salud.

[Inicio](#)

Aborto

SITUACIÓN ACTUAL:

El aborto voluntario se utiliza inadecuadamente por un número elevado de mujeres o parejas, entre ellas las menores de 20 años, como método de regulación de la fecundidad, con repercusión desfavorable sobre la salud reproductiva y la morbilidad y mortalidad maternas.

PROPÓSITO:

Disminución de la tasa de abortos.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Perfeccionar las actividades de educación sexual dirigidas a disminuir la incidencia del embarazo no deseado.
- Incrementar la oferta de métodos anticonceptivos en cantidad y variedad.
- Perfeccionar el proceder de la regulación menstrual en la APS.
- Disminuir los riesgos en la práctica del aborto y de la regulación menstrual.

CONTROL

- Control sistemático de los servicios de planificación familiar y en particular de la disponibilidad de los métodos anticonceptivos necesarios.
- Control del funcionamiento de los servicios de aborto y de regulación menstrual.
- Evaluación
- Disminución de la tasa de aborto.

VIGILANCIA

- Análisis trimestral del indicador aborto/parto y tasa de aborto por grupos de edades.
- Monitorear trimestralmente el comportamiento de la regulación menstrual.

[Inicio](#)

Enfermedad hipertensiva del embarazo

SITUACIÓN ACTUAL:

La enfermedad hipertensiva del embarazo muestra un comportamiento ascendente, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna.

PROPÓSITO

- Disminuir la aparición de la enfermedad hipertensiva grave del embarazo mediante su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
- Acciones y Metodologías para su instrumentación
- Capacitación y actualización permanente del personal.
- Mantener estable el suministro de los medicamentos imprescindibles para el tratamiento de esta afección.
- Cumplir la metodología establecida en la atención prenatal para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos de la entidad.
- Utilización del ingreso domiciliario en las formas leves de la enfermedad, siempre que se garanticen

las condiciones esenciales.

CONTROL

- Supervisión mensual de la atención pre y postnatal y las medidas para la corrección de las deficiencias.
- Exigir información semanal de la disponibilidad de los recursos materiales necesarios para el correcto manejo de los casos.
- Comprobar mediante visitas a unidades la información recibida.

EVALUACIÓN

- Modificación de los indicadores de mortalidad perinatal y materna por esta causa.
- Cambios en el comportamiento de la morbilidad en unidades seleccionadas.

VIGILANCIA

- Análisis de la morbilidad bimestralmente por áreas de salud y hospitales centinela.
- Análisis semanal de la mortalidad materna por información estadística continua.
- Análisis mensual de la mortalidad perinatal por información estadística continua.

[Inicio](#)

Cesárea

SITUACIÓN ACTUAL

El elevado índice de operación cesárea tiene una repercusión desfavorable en la morbilidad y mortalidad materna. Este proceder se relaciona con alrededor de un 30% de las muertes maternas del país e influye negativamente en la salud reproductiva de la mujer cubana.

PROPÓSITO

Alcanzar un índice de cesárea primitiva inferior a 13% en el país.(1)

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Funcionamiento adecuado de los Comités de Cesáreas.
- Buscar, siempre que sea posible, una segunda opinión en la decisión de la indicación de la cesárea.
- Discusión de las cesáreas realizadas en la guardia, en la entrega del día siguiente.

CONTROL

- Supervisiones mensuales a 2 Servicios de Obstetricia.
- Revisión de la documentación del Comité y las medidas tomadas para resolver los problemas detectados.
- Análisis mensual del 5% de las cesáreas primitivas por el Grupo Provincial de Obstetricia.

EVALUACIÓN

Modificación del indicador.

VIGILANCIA

- Análisis de los indicadores del Sistema de Estadísticas Continuas.
- Utilización de técnicas de evaluación rápida cuantitativas y cualitativas.
- Las provincias con índices inferiores a 13 en 1995 mantendrán o disminuirán los porcentajes alcanzados.

[Inicio](#)

Bajo peso al nacer

SITUACIÓN ACTUAL

El bajo peso al nacer influye en la calidad de vida y es un factor de riesgo para la mortalidad infantil. Los índices alcanzados durante los últimos años no están en total correspondencia con las tasas de mortalidad infantil y aunque se observa un decrecimiento en relación con años anteriores, es necesario continuar desarrollando estrategias específicas para mantener un comportamiento más favorable de este indicador.

PROPÓSITO

Mantener el índice de bajo peso al nacer en cifras inferiores a 7,0%.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Aplicación del Programa Para una Maternidad y Paternidad Conscientes.
- Aplicación del Programa Nacional para la Reducción del Bajo Peso al Nacer, con una proyección interdisciplinaria e intersectorial e incorporar las modificaciones contenidas en el nuevo Programa cuando entre en vigor.
- Mantener capacitado al personal de la atención primaria en la prevención del bajo peso al nacer y el manejo de la gestante con ese riesgo.
- Desarrollar y perfeccionar las acciones para mejorar la nutrición de la embarazada.
- Hacer uso adecuado de los hogares maternos e identificar y solucionar las necesidades de camas y abastecimientos.
- Ampliar las plazas diurnas de Hogares Maternos.
- Utilización oportuna del ingreso en el hogar siempre que existan las condiciones necesarias.
- Elevar la integridad del registro del estado nutricional de la embarazada.

CONTROL

- Encuestas de conocimientos a personal médico y paramédico de la APS, gestantes y familiares.
- Visitas de supervisión a consultorios, policlínicos y hospitales bimestralmente.
- Visitas mensuales a Hogares Maternos.

EVALUACIÓN

- Comportamiento del indicador de bajo peso al nacer.
- Comportamiento de los indicadores del estado nutricional de la embarazada.

VIGILANCIA

- Del indicador de bajo peso al nacer mensualmente por el Sistema de Información de Obstetricia y Neonatología.
- De los indicadores del estado nutricional de la embarazada semestralmente.

SITUACIÓN ACTUAL

Las tasas de mortalidad por Hipoxia y Enfermedad de Membrana Hialina no muestran una disminución homogénea en el país y son causas susceptibles de modificarse si se combina adecuadamente las acciones de la atención primaria y secundaria.

PROPÓSITOS

Mantener el indicador de Hipoxia en 0,7 y el de EMH en 0,5 o menos x 1000 NV.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Aplicar el Programa Para una Maternidad y Paternidad Conscientes.
- Prevención de: desnutrición, anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y parto pretérmino, así como control de las enfermedades crónicas asociadas.
- Identificación precoz de las gestantes con riesgo de hipoxia, prematuridad y CIUR, realizando intervenciones necesarias y oportunas.
- Instruir a cada gestante en patrón contráctil.
- Hacer maduración pulmonar en todo caso con riesgo de prematuridad, siempre que no exista contraindicación.
- Seguimiento de la gestante con riesgo de parto pretérmino por el personal más calificado en la atención primaria y durante su estadía en la maternidad.
- Jerarquización en salas de Cuidados Perinatales, Parto y Partos de las gestantes con riesgo de Hipoxia por el personal más calificado.
- Atención diferenciada al embarazo y parto múltiple.
- Capacitar al personal médico en el uso del Surfactán y extender esta práctica, siempre que existan las condiciones para ello.
- Garantizar la tecnología necesaria, según disponibilidades, para el manejo de la hipoxia severa y el distress respiratorio del recién nacido.

CONTROL

- Supervisiones mensuales a los Servicios de Obstetricia, Neonatología y Atención Primaria de Salud.
- Análisis mensual por el J' de Servicio de Obstetricia de la incidencia de hipoxia por equipos de guardia.
- Análisis mensual en los Servicios de Neonatología y en las reuniones del PAMI municipal de la morbilidad y mortalidad por estas causas.

EVALUACIÓN

Reducción de ambos indicadores.

VIGILANCIA

- De la mortalidad semanalmente por el Sistema Estadístico de Mortalidad.
- De la morbilidad por Informe Mensual de los Servicios de Neonatología que se encuentra en fase de revisión para implantación.

SITUACIÓN ACTUAL

La tasa de mortalidad infantil por sepsis en 1998 fue 0,5 por 1000 N.V. La sepsis estuvo relacionada de forma directa o indirecta con la mortalidad materna en un importante número de casos.

PROPÓSITOS

- Mantener la tasa de mortalidad infantil por sepsis en 0,5 por 1000 N.V.
- Disminuir la sepsis como causa directa o factor asociado a la mortalidad materna.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Prevención y manejo correcto de cualquier foco séptico de la gestante.
- Capacitación al personal médico y paramédico en el diagnóstico precoz de la infección bacteriana severa del lactante y la puérpera.
- Identificar y prevenir factores de riesgo relacionados con sepsis: focos sépticos, infecciones cérvico-vaginales, desnutrición, anemia y otros.
- Remisión oportuna al hospital del lactante y la puérpera con infección bacteriana severa para su ingreso.
- Utilización adecuada de antibióticos.

CONTROL

- Encuestas periódicas de conocimientos sobre el tema al personal médico y paramédico.
- Análisis con la participación de los diferentes niveles de atención de los casos que ingresen por infección bacteriana severa (niños, gestantes y puérperas)
- Análisis mensual de la mortalidad por sepsis con la toma de decisiones que corresponda.

EVALUACIÓN

Disminución de la morbilidad y la mortalidad por sepsis.

VIGILANCIA

- De la mortalidad por sepsis semanalmente por el sistema de estadísticas continuas.
- De la morbilidad en los diferentes estadíos de la sepsis comunitaria u hospitalarias, con una periodicidad mensual, en hospitales centinela.
- De la disponibilidad de recursos necesarios en la APS.
- La problemática de la infección intrahospitalaria se contempla en las Instrucciones Metodológicas del Viceministerio de Higiene y Epidemiología.

[Inicio](#)

Infecciones respiratorias agudas

SITUACIÓN ACTUAL

La mortalidad por IRA tuvo un comportamiento favorable, no así la morbilidad, lo que obliga a poner énfasis en la atención de este grupo de entidades.

PROPÓSITO

Mantener en 0,3 la mortalidad por IRA en el menor de un año y en cifra ? 0,8 por mil NV para el menor de cinco años.

OBJETIVOS

- Diagnosticar precozmente las complicaciones de las IRA.
- Atender en el nivel que corresponda según tipo, severidad de la infección y edad del paciente.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Capacitación del personal médico, paramédico y madres.
- Seguimiento diario del lactante enfermo y remisión inmediata al hospital en caso necesario.
- Utilización oportuna del ingreso en el hogar en pacientes que lo requieran.
- Hacer énfasis en los signos fundamentales a vigilar.
- Jerarquización de la atención a ingresados con IRA grave o de evolución no satisfactoria por el personal más capacitado.
- Remisión oportuna a la unidad de terapia intensiva.
- Utilización adecuada de antibióticos.

CONTROL

- Visitas mensuales a los servicios de respiratorio de los hospitales.
- Encuestas de conocimientos a médicos, personal paramédico y madres.
- Visitas a consultorios y hogares para comprobar seguimiento adecuado y uso del ingreso en el hogar.
- Análisis trimestral del funcionamiento de la Comisión Provincial de IRA.

EVALUACIÓN

Comportamiento del indicador de mortalidad.

VIGILANCIA

- De la mortalidad por análisis semanales de la información estadística continua.
- De los agentes en circulación.
- De la morbilidad por el comportamiento en el canal endémico semanal.

[Inicio](#)

Accidentes

SITUACIÓN ACTUAL

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte para el grupo de 1 a 15 años de edad. Producen además una elevada morbilidad en niños y adolescentes que ocasiona frecuentemente secuelas físicas y mentales de consideración, aportando el 30% de los fallecidos en la población pre-escolar y el 50% en la escolar.

PROPÓSITO

Lograr la disminución de la morbilidad y la mortalidad por accidentes en menores de 15 años.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Implantar durante el año el Programa de Prevención de Accidentes en Menores de 20 años.
- Mantener por médicos y enfermeras de la familia un control de los peligros potenciales de accidentes en el hogar, escuelas e instituciones infantiles.
- Promover mediante la relación intersectorial acciones encaminadas a obtener un medio ambiente más seguro.
- Mejorar la calidad de la atención médica integral al accidentado.

CONTROL

Monitorear la implantación del Programa.

EVALUACIÓN

Modificación de los indicadores de mortalidad.

VIGILANCIA

- De los indicadores del Programa.
- De la morbilidad por técnicas de evaluación rápida en consultorios y hospitales centinela trimestralmente.

[Inicio](#)

Lactancia materna

SITUACIÓN ACTUAL

Estudios parciales efectuados en algunas provincias reportan una prevalencia hasta el cuarto mes de vida entre 50 y 60%, por debajo de la cifra propuesta. En el país 53 hospitales ostentan la categoría internacional de Amigos del Niño y de la Madre. No se ha extendido suficientemente este programa a la atención primaria de salud. En el nivel secundario no siempre se labora de manera sostenida.

PROPÓSITO

Alcanzar una prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta el 4to. mes no inferior a un 70%.

OBJETIVOS

- Lograr que se desarrollen las acciones contenidas en el PAMI con un nuevo enfoque en la Atención Primaria de Salud, incluyendo los hogares maternos.
- Continuar desarrollando la estrategia de hospitales Amigo del Niño y de la Madre.
- Garantizar la continuidad de la L.M.E. en hospitales pediátricos.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Aplicar el Programa Para una Maternidad y Paternidad Conscientes.
- Capacitación continua en todas las instancias del sistema.
- Implementación de la estrategia de información, educación y comunicación con amplia participación comunitaria e intersectorial.
- Extender el nuevo enfoque de las acciones del PAMI a toda la APS.
- Implementar los 28 Pasos en todos los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en el país.
- Implantar rigurosamente su utilización en Servicios Abiertos de Neonatología, excepto en casos en

que esto sea imposible o esté contraindicado.

CONTROL

- Se realizarán controles periódicos por la Comisión Provincial a unidades hospitalarias y de atención primaria incluyendo Hogares Maternos.
- Realización de Encuesta Nacional de Lactancia Materna.

EVALUACIÓN

- Modificación de la prevalencia hasta el cuarto mes de vida.
- Mantener cifras superiores a 97% al egreso hospitalario.

VIGILANCIA

- De la prevalencia hasta el cuarto mes y de factores asociados facilitadores e inhibidores en la comunidad, mediante la metodología de sitios centinela semestralmente.
- Del porcentaje de LME al egreso hospitalario.

[Inicio](#)

Diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino

SITUACIÓN ACTUAL

Incumplimiento de la pesquisa de los grupos de alto riesgo y del universo comprendido en el Programa, inestabilidad en los recursos, casos perdidos al seguimiento, demora entre el diagnóstico y la aplicación del tratamiento.

PROPÓSITO

Disminuir la mortalidad por cáncer cérvicouterino.

OBJETIVO

- Mejorar el desarrollo del programa.
- Alcanzar en 1996 una cobertura del 84% del universo fundamentalmente a expensas del grupo de 35 a 60 años.

ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Actualizar a través del médico de familia el número de mujeres a pesquisar.
- Priorizar el pesquizaje de las mujeres consideradas de alto riesgo por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino, especialmente de las comprendidas entre las edades de 35 a 60 años.
- Estabilizar el suministro de los recursos para el cumplimiento del propósito.
- Recuperar los casos perdidos de la consulta de Patología de cuello.
- Diagnóstico histológico dentro de los 60 días de la confirmación citológica de la presencia de NIC II y/o NIC III, así como, tratamiento dentro de los 45 días siguientes a la confirmación histológica de NIC II y/o NIC III

CONTROL

Supervisión mensual del programa en la Atención primaria, consultas de patología de cuello y laboratorios

de citodiagnóstico.

EVALUACIÓN

Comportamiento del número de mujeres con cáncer en etapas Ib en adelante.

VIGILANCIA

- Comportamiento trimestral del cumplimiento del propósito de citologías a realizar por grupos de edades.
- Monitorear mensualmente intervalo de tiempo promedio entre toma de muestra en la APS y arribo al laboratorio de Citodiagnóstico.(No mayor de una semana)
- Monitorear mensualmente intervalo de tiempo promedio entre diagnóstico en laboratorio y conocimiento en el área de salud. (No mayor de dos semanas)
- Monitorear mensualmente porcentaje de pruebas no útiles. (No mayor de 8%).

[Inicio](#)

Anomalías congénitas

SITUACIÓN ACTUAL

La tasa de Anomalías Congénitas alcanzada en 1998 de 1,9 cumple el propósito para el año, pero el análisis casuístico y el nivel de resolución ha estado comprometido por el bajo índice de sospecha, niveles diagnósticos insuficientes y resultados que consideramos susceptibles de mejoría en la cirugía neonatal y cardiovascular en este tipo de pacientes.

PROPÓSITO

Mantener la tasa de mortalidad por Anomalías Congénitas por debajo de 2,0 x 1000 NV.

OBJETIVOS

- Elevar el índice de sospecha de malformación congénita.
- Mejorar el nivel diagnóstico por ultrasonografía.
- Elevar el nivel de resolución y el índice de supervivencia en Cirugía Neonatal y cardiovascular.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Capacitación en Genética Clínica al personal médico de la APS.
- Desarrollo de la Genética Comunitaria con extensión al Riesgo Reproductivo Preconcepcional.
- Capacitación y actualización permanente del personal que realiza el ultrasonido del Programa.
- Mejorar el funcionamiento de la red cardiopediátrica en todos los niveles de atención.
- Perfeccionar la interrelación con los Cardiocentros para diagnóstico y tratamiento de los pacientes quirúrgicos.
- Elevar la calidad de la atención en los Servicios de Cirugía Neonatal.

CONTROL

- Encuestas periódicas de conocimientos sobre la temática al personal médico de la APS.
- Visitas de supervisión mensuales a consultorios, policlínicos y hospitales.
- Visitas de supervisión a Cardiocentros y Servicios Abiertos de Neonatología.

EVALUACIÓN

- Disminución de la mortalidad infantil por Anomalías Congénitas.
- Incremento del índice de supervivencia de pacientes quirúrgicos.

VIGILANCIA

- De la mortalidad por Anomalías Congénitas semanalmente por el Sistema de Estadísticas Continuas.
- Del índice de supervivencia del Servicio de Cirugía (Neonatal y Cardiovascular) mensualmente.

[Inicio](#)

SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos diez años la tasa de mortalidad por cáncer de mama se mantiene en 16×10^5 hab. del sexo femenino, constituyendo la primera causa de muerte para la mujer cubana. La aplicación insuficiente del examen clínico y del autoexamen de las mamas, conspiran contra la calidad del Programa.

PROPÓSITOS

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población femenina con acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, mediante el trabajo conjunto del MINSAP y la FMC.

ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU INSTRUMENTACIÓN

- Identificar correctamente la población en riesgo.
- Garantizar el adiestramiento de un especialista de MGI por policlínico, en la técnica del examen clínico de las mamas, el que además mantendrá la capacitación actualizada al resto de los médicos de consultorios.
- Desarrollar mediante el uso de medios adecuados la enseñanza de la técnica del autoexamen de mama.
- Lograr que todas las mujeres de riesgo se realicen la mamografía.
- Promover y ejecutar actividades de educación para la salud, individuales y colectivos, donde participen los médicos, enfermeras y las brigadistas sanitarias y otros líderes de la población femenina de la comunidad.

CONTROL

- Supervisión mensual a consultorios y consultas de referencia.
- Encuestas periódicas de conocimientos al personal médico y paramédico.
- Análisis y discusión de toda muerte por cáncer de mamas, para determinar fallas en la aplicación del Programa.

EVALUACIÓN

- Cobertura alcanzada.
- De la actividad diagnóstica y terapéutica.
- De la satisfacción de la población.

VIGILANCIA

- Comportamiento mensual del cumplimiento de las actividades de terreno por el Sistema de Información Estadístico.
- Comportamiento trimestral de la precocidad diagnóstica.
- Análisis trimestral de la mortalidad por cáncer de mama.

[Inicio](#)