



RESUMEN: La investigación abordó el tema del riesgo reproductivo pre concepcional en el período comprendido entre marzo de 2017 a marzo de 2018 y su incidencia desde la perspectiva del nivel de conocimientos de los pacientes del Policlínico de Cañadón de Banes. El estudio de corte cuasi-experimental, con una muestra de 81 pacientes estudiados y seleccionados por muestreo aleatorio simple, permitió determinar cómo modificar el nivel de conocimientos relacionado con el riesgo reproductivo pre concepcional. Por ello se definió como principal objetivo la elaboración de una intervención comunitaria, estructurada en tres etapas que comprenden el diagnóstico, la intervención y la evaluación de resultados y por tanto la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: riesgo pre concepcional, intervención comunitaria, atención primaria de salud

RIESGO PRECONCEPCIONAL EN EL ÁREA DE SALUD. PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

* Dr. ARMANDO PEDRO GARCÍA REMEDIOS
Dra. María Beatriz Ramírez Bautista
Dr. Mgster. Luis Enrique Vidal Gámez

* Director del Policlínico de Cañadón.

municipio Banes, provincia Holguín. Cuba. Especialista de Primer Grado en MGI y Pediatría.

TITLE: PRECONCEPTIONAL RISK IN THE HEALTH AREA. PROPOSAL FOR AN EDUCATIONAL INTERVENTION

ABSTRAC: The research addressed the issue of preconception reproductive risk in the period from March 2017 to March 2018 and its incidence from the perspective of the level of knowledge of patients at the Polyclinic of Cañadón de Banes. The quasi-experimental study, with a sample of 81 patients studied and selected by simple random sampling, made it possible to determine how to modify the level of knowledge related to preconception reproductive risk. Therefore, the main objective was the development of a community intervention, structured in three stages that include diagnosis, intervention and evaluation of results and therefore the quality of life of patients.

Key words: preconception risk, community intervention, primary health care

Fecha de recibo: 15/03/2018

Fecha de aceptación: 02/07/2018

Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea.html>



REVISTA ELECTRÓNICA

ENTREVISTA ACADÉMICA

ISSN: 2603-607X

revistae.reea@gmail.com

**LE TITRE: RISQUE PRÉCONCEPTIONNEL DANS LA ZONE DE SANTÉ.
PROPOSITION D'INTERVENTION EDUCATIVE**

LE RÉSUMÉ: La recherche a abordé la question du risque de reproduction avant la conception dans la période de mars 2017 à mars 2018 et son incidence du point de vue du niveau de connaissance des patients à la polyclinique de Cañadón de Banes. L'étude quasi expérimentale, avec un échantillon de 81 patients étudiés et sélectionnés par échantillonnage aléatoire simple, a permis de déterminer comment modifier le niveau de connaissance lié au risque reproductif avant la conception. L'objectif principal était donc le développement d'une intervention communautaire, structurée en trois étapes comprenant le diagnostic, l'intervention et l'évaluation des résultats et donc la qualité de vie des patients.

Les mots de la clef: risque de préconception, intervention communautaire, soins de santé primaires

**TÍTULO: RISCO PRECONCEPCIONAL NA ÁREA DE SAÚDE.
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

RESUMEN: A pesquisa abordou a questão do risco reprodutivo preconceito no período de março de 2017 a março de 2018 e sua incidência na perspectiva do nível de conhecimento dos pacientes da Policlínica de Cañadón de Banes. O estudo quase-experimental, com uma amostra de 81 pacientes estudados e selecionados por amostragem aleatória simples, possibilitou determinar como modificar o nível de conhecimento relacionado ao risco reprodutivo preconceito. Portanto, o objetivo principal foi o desenvolvimento de uma intervenção comunitária, estruturada em três etapas que incluem diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados e, portanto, a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras chave: risco de preconceito, intervenção comunitária, atenção primária à saúde

Introducción

El sistema nacional de Salud Pública cuenta con acciones y programas de planificación familiar, que desde sus inicios se sustentan en criterios como el riesgo materno-infantil, el libre ejercicio, soberanía e igualdad reproductiva. Elementos que sirven de complemento al desarrollo socioeconómico actual y da origen al status demográfico y puntualiza en variables importantes como la educación, salud, empleo y otras.^{1, 2} Dentro de los programas que lleva a cabo el Médico de la Familia, constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo pre concepcional (R.P.C.) que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar.³

El R.P.C. está determinado cómo la probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción.¹ Demuestra por tanto este rubro dentro de la elevación de la calidad de vida de la población, el carácter preventivo y humanista del sistema primario de salud pública cubano. Por ello los objetivos que persigue el programa de riesgo pre concepcional son:

- mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y parejas
- lograr embarazos saludables y oportunos
- elevar la calidad de vida de madres e hijos.

La profilaxis y la prevención dirigidas al R.P.C. consisten en fomentar en las personas hábitos y estilos de vidas saludables, los que conduzcan a acciones que permitan contribuir al desarrollo más sano de hombres y mujeres durante esta etapa de la vida, dada la influencia en la descendencia de las circunstancias que acontecen en la etapa pre concepcional de la pareja como son la salud de ambos padres y enfáticamente de la madre. Es por ello que como se plantea desde la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó: La salud reproductiva se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo.⁴

Estos argumentos sustentan el hecho de que el embarazo se planifique y se tomen en consecuencia una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque gravídico), entre los que se encuentran:

- la eliminación de hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas)
- la corrección de infecciones recurrentes (anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías), estén estas compensadas o no.
- Por ello es beneficioso solicitar consejo genético pre-gravídico, para decidir el momento más apropiado para la fecundación.

En relación con la llamada edad pre concepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo, que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, los psicológicos y los sociales; por tanto deben ser atendidos no solo en la madre, sino, en el padre, la familia y el entorno.^{5, 6} La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Entre los investigadores que abordan la temática destaca el caso de investigadores como Capitán y Cabrera,⁷ (2001); Gómez, Hernández y Jiménez,⁸ (2007); los que declaran el problema dentro del área de la promoción de salud. Sus hallazgos manifiestan que la promoción de salud en las áreas y en la Atención Primaria de Salud es la clave para lograr que se disminuya casi en su totalidad el riesgo pre concepcional de las mujeres en edad fértil.

Por su parte los especialistas que consideran la necesidad de realizar estudios de comportamiento en relación con el R.P.C. se encuentra a: Durán y González (2002);⁹ Cabrera, Ortega, Orsay y Sanz (2005); Rosell, Delgado y Trufero (2006).¹⁰ Con resultados más contemporáneos el Ministerio de Salud y Seguridad Social de Colombia propone: una guía de evaluación y un protocolo de tratamiento R.P.C. (2012 – 2014) respectivamente. Estos resultados son válidos y pueden aplicarse en el contexto de la Atención primaria de Salud en Cuba con variaciones contextuales que permitan su pertinencia y objetividad.

Se puede declarar que la perspectiva que prevalece en el estudio del R.P.C. es el enfoque gravídico, donde se ubican trabajos de: La Organización Panamericana de Salud, (1996);¹¹ V. Herrear, J. Oliva, F. Domínguez, (2000);¹² M. Prendes, W. Gilbert, I. González, E. Serrano, (2001);¹³ G. Almarales, D. Tamayo, H. Pupo, (2008);¹⁴ y la Universidad Los Ángeles De Chimbote, Escuela Profesional de Obstetricia; (2009).¹⁵ Sin embargo, correspondiente a la propuesta de la investigadora de intervención comunitaria, aunque se conoce existen varias investigaciones, se pudo constatar como trabajos destacados el de: González Reyes, Salgado Fonseca y Rodríguez Casas, (2010).¹⁶ Aspecto que apunta a su pertinencia y objetividad como investigación, sumado a la necesidad que muestran las pacientes del Policlínico de Cañadón de Banes.

Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud y algunos de estos de forma parcial; lo que supone que se conozcan menos las formas de protegerse de ellos. Por ello vale significar que la salud reproductiva entraña además de la soberanía y libertad de ejercer la maternidad o paternidad según sea el caso, debe añadirse el derecho de obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año según estadísticas, 250 000 000 de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres.¹⁷ Se considera por estimaciones, que en cuanto a nuestro país existe un promedio de entre 15 y 25% de mujeres que poseen alguna condición biológica, social, afección o conducta que permite clasificarlas dentro de los riesgos pre concepcionales. Sin embargo se plantea no dispensarizar a más del 15% de la población femenina en edad fértil como R.P.C. real y realizar acciones médicas psicológicas y sociales dirigidas a modificar, atenuar o compensar el riesgo existente para lograr un embarazo y recién nacidos en las mejores condiciones posibles. ¹⁸

La tasa de mortalidad nacional en el año anterior fue 4,5 por mil nacidos vivos, la más baja registrada en Cuba en toda la historia. En la provincia Holguín los últimos registros muestran una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional, con un 3,0 por cada mil nacidos vivos. ¹⁹ En el municipio Banes específicamente en el 2017 la tasa de mortalidad infantil fue superior de 4,3. Se considera por los especialistas que este resultado desfavorable superior al estándar de la provincia y país, es dado directamente por deficiencias en el control del riesgo reproductivo pre concepcional, tanto por la

dispensarización, como por la clasificación del mismo.

Al conocer por tanto la importancia que tiene la R.P.C. en el municipio, por tales motivos y al puntualizar como metas del mismo la prevención, se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el Programa de R.P.C , el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial; puede declararse que este carece de efectividad en el contexto de investigación que se estudia, perteneciente al Policlínico de Cañadón de Banes, según los datos estadísticos y los resultados de las entrevistas a los especialistas.

Se plantean como causas de este problema:

- Insuficiente conocimiento por parte de los pacientes de este tema tan importante
- Carencia de un trabajo educativo sistemático en los C.M.F. y la atención primaria de salud
- Aumento del embarazo adolescente a nivel municipal
- Fallas en la educación de la sexualidad de la familia en general
- Insuficiente preparación del claustro de profesores para tratar esta temática, sobre todo desde la perspectiva de la intervención comunitaria.

De todo lo anterior se deriva la justificación del estudio, que pretende conocer el comportamiento, tratamiento y control del riesgo pre concepcional en una población seleccionada de nuestra área de salud con el propósito de mejorar la calidad reproductiva de la mujer o pareja.²⁰ Por tanto, esta investigación plantea como problema científico: ¿cómo modificar los conocimientos relacionados con el riesgo pre concepcional en las pacientes del Policlínico de Cañadón de Banes? El objetivo general del estudio por tanto es aplicar una intervención educativa encaminada a modificar conocimientos relacionados con el riesgo reproductivo pre concepcional en mujeres pertenecientes al Policlínico de Cañadón de Banes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención comunitaria educativa para la modificación de los conocimientos relacionados con el R.P.C. en las pacientes del Policlínico de Cañadón de Banes. La población que abarca la investigación es de 327 mujeres en edad fértil de las cuales componen la muestra 81 pacientes consideradas como R.P.C. seleccionadas por muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

- Pacientes dispensarizadas como riesgo pre concepcional que den su consentimiento para participar en el estudio.
- Pacientes que no abandonen el área de salud durante el tiempo que dure la investigación.
- Con capacidad mental para responder al interrogatorio e incorporarse al trabajo en grupo.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no cumplan los requisitos antes expuestos
- Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos

Entre los métodos a emplear:

El **análisis histórico-lógico**: la aplicación de este método se puso en práctica durante el estudio para realizar un recorrido sobre el surgimiento y desarrollo del objeto de estudio.

El **análisis y síntesis**: se utilizó en la elaboración del marco teórico para descomponer las partes y tendencias teóricas del mismo de forma tal que se comprendiera en toda su extensión.

La **observación científica**: se empleó para llevar a cabo el diagnóstico en el proceso investigativo. Se acompaña en la etapa de implementación de la intervención educativa, que revela los avances y por tanto la toma de decisiones llegado este momento del estudio. Revela por tanto el comportamiento del objeto de investigación.

Encuesta: permitió conocer de forma directa información relacionada con la manifestación

del R.P.C. en los pacientes que forman parte de la muestra seleccionada.

Entrevista: debido a que en todo proceso de desarrollo, el usuario final es un actor más se tuvo en cuenta las sugerencias, criterios y necesidades que pudieran influir en la correcta concepción del procedimiento, de ahí que se aplicó este método para obtener información, búsqueda de opiniones y conocimientos.

Estadísticos: Fueron de gran valía para obtención procesamiento y representación de la información obtenida en el proceso de investigación. Se utilizó la prueba de Mc Nemar para medir significancia.

Operacionalización de variables.

Con respecto a la operacionalización de las variables estas quedan definidas de la siguiente manera:

| Variable | Tipo | Escala | Indicador |
|--|--------------------------------------|--|---|
| Principales factores de relacionados con el riesgo reproductivo. | Cualitativa Nominal Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuada ▪ Adecuada | Adecuado si identifica o selecciona 7 de 9 factores de riesgo relacionados |
| Principales métodos anticonceptivos | Cualitativa Nominal Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuada ▪ Adecuada | Adecuado cuando responda 7 o más anticonceptivos Inadecuado si responde menos de 7. |
| Identificar complicaciones Asociadas al riesgo reproductivo. | Cualitativa Nominal Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuada ▪ Adecuada | Adecuado si identifica 5 de 7 complicaciones relacionadas |
| Conocer las medidas para prevenir el riesgo reproductivo. | Cualitativa nominal Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inadecuada ▪ Adecuada | Adecuado si menciona 4 medidas e inadecuado si solo señala 3 ó menos. |

Evaluación general por escala:

1- Para obtener la calificación de bien: debe haber obtenido 3 preguntas con calificación de adecuado y 1 con calificación de inadecuado.

2- Regular: 2 calificaciones adecuadas y 2 inadecuadas.

3- Mal: 1 calificaciones adecuadas y 3 inadecuadas o 3 calificaciones adecuadas y haya dejado 1 pregunta sin responder.

Para la etapa de **Diagnóstico**: fueron reunidas las pacientes de forma grupal o individual y se les explico el objetivo de la investigación, se les solicitó por escrito el consentimiento informado, donde se explicita la aceptación de las pacientes para que se les apliquen las acciones de salud. En este contexto se les aplico las encuestas de caracterización de la población para complementar y contrastar los datos aportados por la Historia clínica (anexo 2) y otra que permite evaluar el nivel de conocimientos general relacionado con el R.P.C. (anexo 3).

La etapa de **Intervención comunitaria**: etapa que permite estructurar en cuatro subgrupos (figura 1). Lo que permitirá una adecuada participación en las técnicas diseñadas y reciban los conocimientos de los temas escogidos, para modificar el nivel de conocimientos relacionados con el R.P.C. Se realizaron un total de cuatro sesiones, dirigidas por la autora del trabajo, dos al mes, cada una con una duración de 45 minutos. Estas se sustentan en la utilización de técnicas participativas, con actividades dinámicas, en las que predomina el aprendizaje desde lo emocional-afectivo y lo cognitivo-intelectual. Estas fueron impartidas en un local de la comunidad que reúne las condiciones para el trabajo en grupo y los temas propuestos para cada sesión.



Figura 1. Estructura de la distribución cuantitativa de los subgrupos para la intervención comunitaria. Elaboración de los autores.

Los temas escogidos para las sesiones fueron:

- **Sesión I.**

Tema: Aspectos generales relacionados con los riesgos reproductivos

Objetivo: esta sesión tuvo como finalidad que las asistentes se relacionaran entre sí y que en conjunto desarrollen actividades que les permitan asimilar la definición de los conceptos relacionados con el riesgo reproductivo, que comenzará a relacionarse con sus principales causas y consecuencias.

- **Sesión II.**

Tema: Métodos anticonceptivos

Objetivo: en esta sesión se pretendió que las asistentes identificaran los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la utilización de estos en relación con los R.P.C.

- **Sesión III.:**

Tema: Complicaciones del embarazo en el riesgo- preconcepcional.

Objetivo: Esta sesión pretendió que las asistentes identificaran y tomaran conciencia sobre las complicaciones del embarazo en este riesgo.

- **Sesión IV.**

Tema: La profilaxis y la prevención

Objetivo: Esta sesión pretendió que las asistentes identificaran y tomaran conciencia sobre todo lo que se puede hacer en materia de profilaxis y prevención de este riesgo.

En la etapa de **evaluación** se aplicó nuevamente la encuesta inicial (Anexo 2) a los casos que participaron en el estudio, tres meses después de concluida la última sesión y teniendo en cuenta los mismos criterios de aplicación y calificación descritos en la etapa diagnóstica. Para la utilización de las variables, indicadores y escalas de medición antes mencionada se utilizó como métodos de investigación los siguientes: Se tuvo en cuenta el análisis situacional del policlínico, del cual se obtuvo el total de mujeres de riesgo existente. Se recogió además el total de mujeres de riesgo pre concepcional protegidas y los métodos anticonceptivos utilizados; las entrevistas permitieron corroborar la veracidad de dicho riesgo existente y compararlo posteriormente con el expresado en el diagnóstico situacional, cuyos resultados estuvieron implícitos en la discusión.

Las vertientes clínico-epidemiológicas estuvieron diseñadas de la forma siguiente:

- Biológica.
- Antecedente obstétrico desfavorable.
- Situación familiar.
- Biopsicosocial-ambiental.

Técnicas de recolección, procesamiento y análisis de la información

La información recopilada se procesó en forma computarizada. Los datos se procesaron en microcomputadora IBM compatible, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows, se realizó estadística descriptiva con distribuciones de frecuencia y por ciento. Los resultados se expresaron en texto y tablas.

Consideraciones éticas

Se les informó a las pacientes que su participación sería de forma voluntaria, que no presentaba ningún compromiso y que tendrían total libertad de aceptarla o no; y se les explicó que los datos obtenidos solo serían utilizados con fines investigativos y del anonimato en la información brindada, para ello se le entregó a firmar el acta de consentimiento informado, que aparece como (anexo 1).

Análisis y discusión de resultados

La utilización de los métodos explicitados y los instrumentos y técnicas de investigación, recolección de información permiten establecer como principales resultados en relación con las variables preestablecidas los siguientes:

Tabla 1. Conocimientos relacionados con la edad fértil. Antes/Después. Policlínico de Cañadón de Banes. Marzo 2017-Marzo 2018.

| Conocimiento generales relacionados con la edad fértil | Antes | | Después | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|
| | Nº | % | No | % |
| Inadecuado | 53 | 65,4 | 7 | 8,7 |
| Adecuado | 28 | 34,5 | 74 | 91,3 |
| Total | 81 | 100 | 81 | 100 |

Fuente: resultados de la encuesta aplicada en el estudio.

McNemar: $X_c^2=33,75$ $X_T^2= 3,84$ $GI=1$ $p \geq 0,05$

Antes de la intervención el nivel de conocimientos relacionados con la edad fértil fue Inadecuado mayoritariamente representada por 53 pacientes (65,4%), Sin embargo, después de la intervención estos conocimientos se elevaron considerablemente de forma acertada representada por 74 pacientes (91,3%). Se obtuvo un valor significativo en la prueba de Mc Nemar X^2 de 33,75 para un grado de libertad, lo que valida el grado de conocimientos alcanzados por los sujetos sometidos a la experiencia.

En estudios reportados por la O.M.S.³⁰ en el año 2012 se refiere al limitado conocimiento del tema sobre todo en poblaciones de países subdesarrollados, con bajo nivel cultural y socioeconómico, así como los pocos esfuerzos por las autoridades sanitarias de estas regiones en aumentar dicho conocimiento. La orientación y asesoramiento es un factor positivo para la adopción de conductas saludables y de auto cuidado que propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno; sin embargo, el médico y la enfermera de la familia juegan un papel determinante en el logro de estos objetivos pues son los encargados de reforzar las orientaciones dadas en la consulta de planificación familiar y comprobar que se están cumpliendo.

Son además los responsables de la interacción y negociación con la pareja y la familia, pues muchas veces estas mujeres aunque estén informadas acuden solas a la consulta y no cuentan con el apoyo necesario para cumplir las etapas dirigidas a la modificación del riesgo en su contexto. Ortiz,³¹ considera de gran importancia realizar acciones que permitan que en un corto plazo estas pacientes consideradas como riesgo pre concepcional conozcan y sepan valorar lo que significa la presencia de estos factores de riesgos en su salud y en la del futuro hijo si se embarazan y no se toman las medidas que modifiquen el mismo y de esta manera contribuir a disminuir las tasas de morbimortalidad materno infantil.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Los resultados coinciden con García Peñalver, Breto García y Coronado Mestre.³² Pero pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres.

Tabla 2. Conocimientos de los pacientes sobre anticonceptivos. Antes/Después. Policlínico de Cañadón de Banes. Marzo 2017-Marzo 2018.

| Conocimiento sobre anticonceptivos | Antes | | Después | |
|------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Nº | % | No | % |
| Inadecuado | 63 | 77,7 | 4 | 4,9 |
| Adecuado | 18 | 22,2 | 77 | 95,0 |
| Total | 81 | 100 | 81 | 100 |

Fuente: resultados de la encuesta aplicada en el estudio.

McNemar: $X_c^2=23,75$ $X_T^2= 3,84$ $G1=1$ $p\geq 0,05$

El nivel de conocimientos sobre los anticonceptivos antes de la intervención era inadecuado representada por 63 pacientes (77,7%) del total, después de aplicado la intervención la evaluación mejoró considerablemente dada por 77 pacientes (95,0%). La prueba de Mc Nemar da como resultado un valor significativo X^2 de 23,75 para un grado de libertad, lo que valida el grado de conocimientos alcanzados de los sujetos sometidos a la experiencia.

En Cuba, la política educacional y de salud incluye programas de educación sexual en todos los niveles desde la enseñanza primaria. En estos programas se hace énfasis en los riesgos del embarazo en la adolescencia y en el uso de anticonceptivos para evitarlo, así como el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual.³³ En los resultados de investigación llevada a cabo por Álvarez Toste, Salvador Álvarez, Pérez y González,³⁴ en relación a los anticonceptivos de emergencia se plantea que son utilizados para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Se estima que usados correctamente puede reducir hasta un 75 % el riesgo de que se produzca un embarazo después de un coito no protegido. Lamentablemente existe poco conocimiento sobre esta opción anticonceptiva, tanto en la población general como incluso entre algunos trabajadores de la salud.

Gómez Jiménez, Hernández Díaz, y Jiménez Cardoso,³⁵ consideran que en la actualidad, dos de los problemas médico-sociales más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y el uso de métodos anticonceptivos puede servir como solución para ambos. Si bien muchos de estos métodos son conocidos por los adolescentes, la mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. La investigación constituye una revisión de los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, haciendo énfasis

en cómo pueden usarse durante la adolescencia, sus ventajas y desventajas, en relación con su uso en esta etapa de la vida.

Vanderpump,³⁶ coincide con el presente estudio y plantea que a pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66 % de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo.

En estudios consultados se observa que en la mayoría de las adolescentes, aunque conocen todos los métodos anticonceptivos, no saben cuál seleccionar y aunque la mayoría mencionó en primer lugar los dispositivos intrauterinos (en ambos grupos) fueron porque son los más conocidos, y no por convicción, como se pudo comprobar posteriormente en las dinámicas realizadas con ellas.³⁷ Uno de los resultados más importantes con el grupo estudio fue poder cambiar su criterio de solicitud de anticonceptivos para el método hormonal y el método doble, que consiste en utilizar un método anticonceptivo más el uso del condón de forma sistemática.³⁷

Tabla 3. Conocimientos de los pacientes sobre complicaciones del embarazo en el riesgo pre concepcional. Antes/Después. Policlínico de Cañadón de Banes. Marzo 2017-Marzo 2018.

| Conocimiento sobre complicaciones de la salud | Antes | | Después | |
|---|-----------|------------|-----------|------------|
| | Nº | % | No | % |
| Inadecuado | 57 | 70,3 | 2 | 2,5 |
| Adecuado | 24 | 29,6 | 79 | 97,5 |
| Total | 81 | 100 | 81 | 100 |

Fuente: resultados de la encuesta aplicada en el estudio.

Mc Nemar: $X^2=18,32$ $X^2= 3, 84$ GL=1 p= 0, 05

Antes de la intervención el nivel de conocimientos de los pacientes sobre complicaciones del embarazo en el riesgo pre concepcional solo fue adecuado en 24 pacientes (29,6%), y 57 pacientes tenían evaluación inadecuado (70,3%), sin embargo, luego de la intervención llevada la evaluación fue adecuada en 79 pacientes (97,5%.) sobre los que se intervino, los cuales pudieron señalar correctamente las complicaciones. (Tabla 3) Se obtuvo un valor significativo X^2 de 18,32 para un grado de libertad, lo que valida el grado de conocimientos

alcanzados por los sujetos sometidos a la experiencia al aplicar la prueba de Mc Nemar. Otero Rodríguez, Padrón González, Otero Martínez, y Rosales del Pino,³⁸ consideran que en Cuba, la fecundidad ha experimentado una tendencia favorable, lo cual no significa que haya dejado de ser un asunto priorizado en materia de planificación familiar y educación para la salud, pues la mayoría de las muchachas no exigen el uso del condón en sus relaciones sexuales y acuden a la regulación menstrual o el legrado uterino cuando quedan embarazadas; decisión que se explica por la poca percepción del riesgo a estas edades y el marcado desconocimiento sobre el asunto, pues a veces la información que poseen al respecto resulta inadecuada. En esta casuística, después de haber participado en los encuentros previstos, sus integrantes modificaron convenientemente sus nociones sobre salud sexual reproductiva y riesgo pre concepcional, de modo que finalmente estaban en condiciones de identificar las complicaciones y seleccionar el momento ideal para el embarazo.

Barclay y Lie,³⁹ plantean que subestimar la baja frecuencia relativa de la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos como problemas de salud durante el embarazo es un fracaso, pues estas enfermedades entrañan graves complicaciones maternas, fetales o ambas. Su incidencia en la consulta de evaluación refleja la condición de un trastorno probablemente preexistente, que en la mayoría de los casos, pudiera diagnosticarse previo al embarazo de realizarse una pesquisa activa en las mujeres de edad fértil supuestamente sanas con deseos manifiesto detener un hijo en el futuro inmediato.

De esta forma se reafirma la importancia de este conocimiento para la elaboración de planes concretos de intervención pre concepcional, con el objetivo de disminuir los peligros durante el embarazo, entre los cuales tanto la diabetes mellitus como la hipertensión implican un alto riesgo, incluso de muerte materna. Sucede que la mortalidad materna es apenas la punta del iceberg. La morbilidad, entendida como los problemas de salud, en cambio, constituye la base ancha, aún mal descrita y que pudiera constituir un conocimiento indispensable, no solo para la atención de las gestantes, sino también para aquellas mujeres que desean serlo.³⁹

Menéndez Guerrero y Navas Cabrera,⁴⁰ consideran que el control del riesgo pre concepcional constituye gran importancia para la salud materno infantil, ya que tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños, de ahí la importancia de que la población femenina conozca sobre el tema, ya que facilita el control y manejo del mismo, mediante su cooperación con la enfermera y el médico de la familia, además permite que la mujer obtenga una mejor vida reproductiva.

Con la consulta del riesgo pre concepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Realmente toda mujer en edad reproductiva debiera beneficiarse al menos de consejos pre concepcionales y debiera ser interrogada sobre su deseo de embarazo en el próximo año. La dificultad en ocasiones radica en conocer con seguridad, cuáles deben ser los consejos o intervenciones que están seguramente avalados por la evidencia.⁴¹

Tabla 4. Conocimientos de los pacientes sobre prevención del riesgo pre concepcional. Antes/Después. Policlínico de Cañadón de Banes. Marzo 2017-Marzo 2018.

| Conocimiento sobre prevención del riesgo | Antes | | Después | |
|--|-----------|------------|-----------|------------|
| | Nº | % | No | % |
| Inadecuado | 50 | 61,7 | 10 | 12,4 |
| Adecuado | 31 | 38,3 | 71 | 87,6 |
| Total | 81 | 100 | 81 | 100 |

Fuente: resultados de la encuesta aplicada en el estudio.

McNemar: $X_c^2=16,48$ $X_T^2= 3,84$ $GI=1$ $p \geq 0,05$

Antes de la intervención el nivel de conocimientos de los pacientes sobre cómo prevenir llegar a convertirse en un riesgo pre concepcional solo fue adecuado en 31 pacientes (38,3%), sin embargo, luego de la intervención llevada la evaluación fue adecuada en 71 pacientes (87,6%.) sobre los que se intervino, los cuales pudieron señalar correctamente las formas de prevención. (Tabla 4) Al aplicar la prueba de Mc Nemar donde se obtuvo un valor significativo X^2 de 16,48 para un grado de libertad, lo que valida el grado de conocimientos alcanzados por los sujetos sometidos a la experiencia.

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Al eliminar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables.⁴² De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo,

parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones.

En relación a la llamada etapa preconcepcional, Mainegra Reyes y Pérez Ramos,⁴³ afirman: los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y maternas.⁴⁴

Lau y Rodríguez⁴⁵ consideran que la existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres. Según la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud⁴⁶ se considera de gran importancia realizar acciones que permitan que en un corto plazo estas pacientes consideradas como riesgo preconcepcional conozcan y sepan valorar lo que significa la presencia de estos factores de riesgos en su salud y en la del futuro hijo si se embarazan y no se toman las medidas que modifiquen el mismo y de esta manera contribuir a disminuir las tasas de morbimortalidad materno infantil.

En coherencia con la estructura de la propuesta, se aprecian los resultados iniciales y finales que arrojan las preguntas respondidas correctamente antes y después de la intervención en cada pregunta de la encuesta, lo que permite evaluar el nivel de conocimientos general relacionado con el R.P.C.

Tabla 5. Análisis comparativo de las respuestas en los resultados de la encuesta

| Preguntas | Respuestas correctas | |
|-----------|----------------------|-------|
| | Inicial | Final |
| 1 | 5 | 76 |
| 2 | 16 | 79 |
| 3 | 14 | 77 |
| 4 | 59 | 80 |
| 5 | 50 | 78 |
| 6 | 47 | 78 |
| 7 | 21 | 80 |
| 8 | 3 | 80 |
| 9 | - | 79 |
| 10 | - | 75 |

Fuente: resultados comparativos de la encuesta aplicada en el estudio.

Estos resultados aportan de forma visible una transformación positiva del nivel de conocimientos en torno al R.P.C. lo que permite declarar que la propuesta es factible en el contexto de la presente investigación.

Conclusiones y recomendaciones finales

Los resultados en la modificación de conocimientos relacionados con el R.P.C en el antes y después de la intervención educativa comunitaria, demuestran cambios favorables. Los investigadores a partir de la experiencia en esta investigación recomiendan como pauta para futuros estudios lo siguiente:

- Profundizar en las causas que generan el bajo nivel de conocimientos en las pacientes relacionado con el R.P.C.
- Proponer una investigación relacionada con el R.P.C. en hombres para elevar el enfoque de género
- Proponer un sistema de promoción de salud a escala municipal y aplicable a todas las áreas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Reina, G. Cómo protegernos de riesgos reproductivos. La Habana: ECIMED; 2004. p. 12-28. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>. [Recuperado 13 septiembre, 2015].
2. Martínez, C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p.23-25. Disponible en <http://scielo.sld.cu>. [Recuperado 13 septiembre, 2015].
3. Castellanos, B. González, A. Sexualidad y géneros desde una perspectiva humanista crítica. En: Castellanos B. González A. Sexualidad y género. La Habana: ACIMED; 2006. Cap. 2 p. 41-70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>. [Recuperado 13 septiembre, 2015].
4. Peláez, J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial-CientíficoTécnica; 2011.p 13-21.
5. Delissaint, D. McKyer,E. A sistematic review of factors utilized in preconception healt behavior reserarch.HealthEducBehav. 2011 Apr; 21. Disponible en: <http://heb.sagepub.com>
6. Chamy, P. Cardemil, M. Betancourt, M. Ríos, S. Leighton, V. Riesgo obstetric y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Chil. Obstet. Ginec. 74(6):331-338. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> [recuperado 13 de septiembre, 2015].
7. Capitán Jurado, M.R. Cabrera Vélez, R. Hablemos de...Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Revista de Medicina Familiar. 11(4): 207-215.Disponible en <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf> [recuperado 10 de enero, 2016].
8. Gómez Jiménez, A. Hernández Díaz, M. Jiménez Cardoso, J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana. 9(1). 1-12. Disponible en <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531> [recuperado el 10 de enero de 2016].
9. Durán Santos, M.C. González Teijeiro, M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Revista de Medicina General 43: 252-262.
10. Rosell Juarte, E. Delgado Hernández, M. Trufero Cánovas, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Archivo Médico de Camagüey. 10(6). Centro Provincial de

-
- Información de Ciencias Médicas de Camagüey. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906005> [recuperado el 10 de enero de 2016].
11. Organización Panamericana de Salud. Estudio con enfoque gravídico sobre el riesgo preconcepcional en Colombia. Estudio de casos múltiples. O.M.S. 1996. Bogotá D.C.
 12. Herrear, V. Oliva, J. Domínguez, F. Riesgo reproductivo. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../riesgo_reproductivo.pdf [recuperado el 10 de enero de 2016].
 13. Prendes Labrada, M. Guibert Reyes, W. González Gómez, I. Serrano Borges, E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):360-6.
 14. Almarales Sarmiento, G. Tamayo Peña, D. I. Pupo Damas, H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. Correo Científico Médico de Holguín 2008;12(3) August 2006-January 2007.
 15. Loyola Rodríguez, M. Universidad Los Ángeles de Chimbote. Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Enfoque de riesgo en el proceso de reproducción. Facultad de Ciencias de la Salud Obst..Escuela Profesional de Obstetricia. 2009.
 16. González Reyes, Y. Salgado Fonseca, A. E. Rodríguez Casas, J. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU "Nguyen Van Troi" del Municipio de Morón. Policlínico Universitario. "Diego del Rosario" Morón. MEDICIEGO 2010; 16(2).
 17. Senado, J. Los factores de riesgo. Rev. Cub. Med. Gen. Int. La Habana, 2011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu> [recuperado 13 de septiembre, 2015].
 18. Rosell, J. Delgado, H. Trufero, C. Riesgo reproductivo preconcepcional. Archivo médico de Camagüey. 2006; 10(6) Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/2115.htm> [recuperado 13 de septiembre, 2015].
 19. Vázquez, A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cub. Med. Gen. Int. 2011; 4(3), 192-195.
 20. Cabrera, Y. Ortega, M. Orbay, M. Sanz, L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina General Integral vol.21 no.3-4 Ciudad de La Habana May-Aug. 2005;

-
- Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf902/riesgo-reproductivo-preconcepcional/riesgo-reproductivo-preconcepcional.pdf>. [recuperado 13 de septiembre, 2015].
21. Vázquez, A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cub. Med. Gen. Int. 2011; 4(3), 192-195.
 22. Cabrera, Y. Ortega, M. Orbay, M. Sanz, L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Revista Cubana de Medicina General Integral vol.21 no.3-4 Ciudad de La Habana May-Aug. 2005; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf902/riesgo-reproductivo-preconcepcional/riesgo-reproductivo-preconcepcional.pdf>. [recuperado 13 de septiembre, 2015].
 23. Federación de planificación familiar de España. Los hechos y los derechos. Disponible en: <http://www.fpfe.org/caracara>
 24. Levitt, Ch. Preconception Health promotion. Primary Care. 1993; 3 (20): 537-49.
 25. Peña, J. Relación del riesgo reproductivo preconcepcional con la mortalidad materna en el poblado de Calimba, Gambia. Rev. Network Family Health Internat, 2012. 21 (4); 33.
 26. Salud Reproductiva y Prenatal [serial online] 2012 junio. Disponible en: URL: www.paho.org/spanish/AD/DPC/CD/AIEPI.pdf
 27. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [serial online] 2015 enero. Disponible en: URL: www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16
 28. La Hora. Vida Sana/ La anticoncepción en América Latina. [serial online] 2005 mayo. Disponible en: <http://www.lahora.com.ec/noticiacompleta.asp?noid=300810>
 29. Pena, E. Sánchez, A. Portilla, Z. Solano, L. Dietary evaluation of pregnant adolescents during first, second and third trimestre. Arch Latinoam Nutr 2003; 53(2): 133-40.
 30. Wickremasinghe VP, Prageeth PP, Pulleperama DS, PushpakumaraKS. Preconceptional care of women at booking visit at the Soysa Maternity Hospital and Castle Street Hospital for women. CeylanMed J 2003; 48(3): 77-9.
 31. Durán, M. González, M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad

-
- fértil en dos centros de salud. Revista: Medicina General. 2002; 43: 252-262.
32. OMS. Opciones anticonceptivas: acceso mundial a la planificación familiar. 2012
33. Ortiz, I. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en instituciones seleccionadas de América Latina. Flasog; 2008.
34. García Peñalver, Y. Breto García, A. Coronado Mestre, R. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Hospital Docente Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" Junio 2007-Diciembre 2008 [tesis]. La Habana: Facultad Finlay-Albarrán; 2009.
35. Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [Documento en línea]. 2008. < <http://wwwfpfe.org/caraacara/>>.
36. Álvarez Toste, M. Salvador Álvarez, S. Pérez, DR. González, RG. Ramos del VI. Evaluación de la atención médica para la reducción de la Mortalidad Materna. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM); 2010.
37. Gómez Jiménez, C.A. Hernández Díaz, M. Jiménez Cardoso, J. Federación de Planificación familiar de España. Los hechos y los Derechos. [serial online] 2009 enero. Disponible en: URL: <http://wwwfpfe.org/caraacara/contenido.asp.pdf>
36. Vanderpump M. Thyroid function and pregnancy: epidemiology and iodine status. In: Lazarus J, Pirags V, Butz S, editors. The Thyroid and Reproduction. Stuttgart: Georg ThiemeVerlag; 2009. p. 39–45.
37. Martínez Uriarte, E. Mullen Castillo, S. Rivera Lias, M. Control de la fecundidad: experiencia de 15 años de trabajo en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2006 [citado 20 Nov 2013];22(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400008&Ingles.
38. Otero Rodríguez, I. Padrón González, O. Otero Martínez, A. Rosales del Pino, A M. Factores de riesgo detectados en embarazadas del municipio San Juan y Martínez. CIGET de Pinar del Río [Internet]. 2008 [citado 12 Feb 2013];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ciget.pinar.cu/No.%202008-3/art%EDculos/FACULTAD%20%20DE%20CIENCIAS%20M%C9DICAS.pdf>
39. Barclay, L. Lie, D. Guidelines issued for medical care of pregnant women with preexisting diabetes. Diabetes Care. 2008;31:1060-79.
40. Menéndez Guerrero, G. Navas Cabrera, I. El embarazo y sus complicaciones en la

-
- madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3)333-342. Disponible en:<http://scielo.sld.cu>. [consulta: 21-3-2014]
41. Manrique, R. Rivero, A. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ISSN 0048-7732 versión impresa. Rev Obstet Ginecol Venez v.68 n.3 Caracas set. 2008. Disponible en:<http://www.scielo.org.ve/scielo>. [Consultado: 10-4-2014].
42. Estrada Nelson, M. Aqueida Carbonell, Galván Noa T. **Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila.** MEDICIEGO 2011; 17(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/articulos/t-13.html. Citado (23-5-14)
43. Mainegra Reyes, M. Pérez Ramos, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. SanctiSpíritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13(2). Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr07413.pdf>. Citado (23-5-14).
44. Valdés Amador, L. Diabetes y embarazo. En: Santisteban Alba, S, editor. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 306-20.
45. Lau López, S. Rodríguez Cabrera, A. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(5):836-849. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr07413.pdf>. Citado (23-5-14).
46. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mortalidad materna según causas. 2008-2010. Anuario estadístico 2010. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 28 Ene 2012]:88-90. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>