

Atención a las gestantes diabéticas en Cuba: logros y retos

Jeddú Cruz, Antonio Márquez, Jacinto Lang, Lemay Valdés.

RESUMEN

Se describe la creación, el desarrollo, la ampliación y la organización del Programa Nacional de Atención Integral a la Gestante con Diabetes, así como los cambios ocurridos en los servicios de salud desde 1959. Actualmente, el Programa se encuentra implementado en todo el país y es supervisado por un grupo de trabajo que aborda la salud reproductiva de la mujer con diabetes y su atención durante la gestación. Se destaca la importancia de la atención preconcepcional a la mujer con diabetes, la necesidad de generalizar el Programa a nivel nacional y de pesquisar la diabetes gestacional en la atención primaria de salud.

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus, diabetes en el embarazo, gestación en la mujer diabética; diabetes gestacional; atención preconcepcional; resultados de la gestación; complicaciones de la gestación; gestación de alto riesgo; atención prenatal; pesquisa; Cuba

INTRODUCCIÓN

La atención especial a la gestante con diabetes en Cuba comenzó a partir de los cambios sociopolíticos de 1959, que abarcaron la transformación de todos los servicios de salud para el desarrollo de un sistema nacional de salud único, basado en tres principios: la salud como un derecho, la responsabilidad del estado en la salud de la población e igual acceso a los servicios de salud para todos.[1] Esta atención especializada se ha seguido organizando con el paso de los años, conjuntamente con los avances en la endocrinología y en el Programa de Atención Materno-Infantil de Cuba (PAMI).[2,3]

El progreso alcanzado condujo a su vez al desarrollo del Programa Nacional de Atención Integral a la Gestante con Diabetes (en lo sucesivo denominado el Programa) que comprende la labor asistencial, docente e investigativa en todo el país y a todos los niveles de atención de salud, que abarca dos grupos poblacionales:[4]

1. todas las mujeres en edad reproductiva (15–49 años) con diabetes mellitus (DM).
2. mujeres con diabetes gestacional (DG) o sea, mujeres que desarrollan una intolerancia a la glucosa durante la gestación.

Es decir, el Programa abarca tanto la diabetes pregestacional (DPG), como la diabetes que se presenta por primera vez durante el embarazo.[4]

Las mujeres con DM forman un grupo de alto riesgo reproductivo que requiere atención especial antes, durante y después del embarazo. Los esfuerzos se dirigen a reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas con esta enfermedad; particularmente, en los casos en que la gestación no ha sido planificada y, en consecuencia, no ha sido atendida adecuadamente.[5]

La atención preconcepcional para las mujeres con DPG tiene dos objetivos fundamentales: prevenir anomalías congénitas

al asegurar el control óptimo preconcepcional de la glucemia, y detectar las complicaciones de la DM (en algunas mujeres con DM la gestación debe desaconsejarse, por ejemplo, cuando presentan una cardiopatía isquémica, una neuropatía autonómica cardiovascular o digestiva o una nefropatía diabética avanzada), a la vez que se atiende a las pacientes cuyas complicaciones pueden ser tratadas durante el período preconcepcional para reducir su nivel de riesgo.[4,6] Durante la gestación se deben controlar trimestralmente las complicaciones crónicas de la DM existentes antes del embarazo.[4,7]

En Cuba, todas las gestantes con algún factor de riesgo para desarrollar DG deben ser identificadas por el nivel de atención primaria de salud. Los factores de riesgo incluyen, la edad (≥ 30 años), antecedentes de DM en familiares de primer grado, historia de DG de la paciente, historia de macrosomía neonatal (peso al nacer ≥ 4000 g), historia de muerte fetal sin causa explicable después de las 34 semanas de gestación, sobrepeso u obesidad, y valores de riesgo para glucemia en ayunas durante el embarazo (≥ 4.4 mmol/L). El Programa recomienda que se les realice a estas mujeres una prueba de glucemia en ayunas a las 24 semanas de gestación y una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las 28 y las 32 semanas del embarazo.[4]

El diagnóstico de DG en Cuba se realiza por medio de una prueba oral de tolerancia a la glucosa de 2 horas con 75 g de glucosa, basado en los criterios de la OMS: glucemia a las 2 horas de ≥ 7.8 mmol/L. A partir de la Reunión Cubana de Consenso de Prediabetes efectuada en 2009, se incluyó un criterio alternativo: dos glucemias en ayunas de ≥ 5.6 mmol/L.[4,8]

El tratamiento médico de la diabetes durante el embarazo incluye el uso de insulina; actualmente, se recomienda un esquema de múltiples dosis para el control óptimo de la glucemia y la prevención de la macrosomía neonatal. Los criterios específicos de Cuba para el control óptimo de la glucemia incluyen: valores de glucemia en ayunas entre 3.9 y 5.2 mmol/L (70–94 mg/dL), y valores de glucemia posprandial a las 2 horas entre 3.9 y 6.3 mmol/L (70–114 mg/dL).[4]

La atención preconcepcional adecuada de la mujer con DPG y la gestante con DM contribuye a aumentar los resultados positivos para estas mujeres y sus bebés. Para asegurar una atención de calidad a estas mujeres, en Cuba se han establecido los servicios de diabetes y embarazo en todas las provincias: cinco en la provincia de La Habana [hasta el 2012, provincia Ciudad de la Habana —Eds.] (uno en cada hospital con servicios obstétricos) y uno en el principal hospital de maternidad de cada una de las otras 14 provincias (en el Municipio Especial de la Isla de la Juventud la atención la ofrecen los obstetras especializados en gestaciones de alto riesgo). La Red de Servicios de Diabetes y Embarazo de Cuba está formada por el conjunto de estos servicios.[9,10]

El aumento de la prevalencia de DM elevará las necesidades de estos servicios.[11] El único censo de mujeres con DM en

edad reproductiva (15–49 años) se realizó en el 2000. Este censo detectó 43 840 mujeres. Las mayores cifras (en orden descendente) se encontraron en las antiguas provincias de Ciudad de La Habana, La Habana, Camagüey y Santiago de Cuba.[4,9] La prevalencia de DM en mujeres en el año 2000 era de 30.2 por 1 000 habitantes;[12] en el año 2011, la prevalencia prácticamente se había duplicado: 55.8 por 1 000 habitantes.[13] Aunque no se han hecho nuevas estimaciones de la prevalencia de DM en mujeres de edad reproductiva desde el año 2000, su valor debe ser mayor debido al incremento general de la prevalencia de DM, al continuo incremento del sobrepeso y la obesidad desde los años 90 del siglo pasado,[14] y a la tendencia a posponer el parto.[15]

PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA GESTANTE CON DIABETES

En Cuba, las actividades de atención a la gestante con DM no siempre han estado organizadas o accesibles para todas las mujeres: al principio de la década de 1960 esta atención estaba centralizada y solo disponible en algunos hospitales grandes como el Hospital General Universitario Calixto García en La Habana y unos pocos hospitales materno-infantiles en la capital y en algunas otras provincias.

En 1965, el Dr. Antonio Márquez Guillén recomendó la creación de servicios especiales en cada hospital materno del país para atender las enfermedades asociadas con la gestación; estos centros que tenían obstetras e internistas brindarían atención a las gestantes con DM y otras enfermedades.[9,16] La primera consulta especializada en gestación y diabetes abrió sus puertas en 1966, y en 1968 se publicó la primera norma de atención para la diabetes en el embarazo. Al inicio de la década de 1970, el Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro, que entonces era el principal centro de atención de gestantes con DM, abrió su Servicio de Diabetes y Embarazo. En 1973, se estableció una clasificación para el pronóstico de diabetes y embarazo por especialistas cubanos.[9,17]

El Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas de Cuba, que actualmente se denomina Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), situado en La Habana, ha tenido una consulta de riesgo reproductivo en diabetes en el Centro de Atención al Diabético (CAD) desde el año 1987; en ese momento solo atendía a un pequeño grupo de mujeres con DPG. Estas pacientes una vez gestantes y con la glucemia controlada eran remitidas entonces al Servicio del Hospital Gineco-obstétrico “Ramón González Coro” (actualmente centro de referencia nacional para DM en el embarazo).[18]

A partir de 1990, el INEN amplió el espectro de su servicio de consulta de riesgo y actualmente atiende a mujeres con DM que desean el embarazo, procedentes de cualquier municipio de La Habana y de las provincias occidentales —es decir, Pinar del Río, Matanzas, Mayabeque y Artemisa (las últimas dos provincias anteriormente formaban parte de la Provincia Habana)—. Existen consultas similares en la mayoría de los 16 Centros de Atención al Diabético (CAD) que existen en Cuba y en cada uno de los principales hospitales maternos ubicados en las provincias.[9,19]

En el 2001, el Programa se elaboró en su forma actual a través de un documento normativo;[4] desde entonces se han hecho

algunas modificaciones, sobre todo respecto a criterios de diagnóstico de DG.[7] El Programa actualmente está incluido en el Programa de Atención Materno Infantil [3] y está asociado con el Programa Nacional de Diabetes.[6]

SITUACIÓN ACTUAL Y RETOS

Con el objetivo de que más mujeres con DM reciban una atención preconcepcional especializada, el Centro de Atención al Diabético del INEN y el Servicio de Diabetes y Embarazo del Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro han capacitado a obstetras y endocrinólogos de las áreas de salud de la capital y de otras provincias, que se especializan en la atención de la mujer con DPG y la gestante con DM. El grupo del Programa de Atención Materno Infantil relacionado con el Programa también ha auspiciado seminarios para los médicos de familia y obstetras de las áreas de salud de la capital y del resto del país, así como para los integrantes de los grupos multidisciplinarios de diabetes y gestación en los hospitales maternos provinciales y de La Habana, durante las visitas de supervisión del Programa.

A la luz del importante progreso en el campo de la diabetes y la gestación, en el año 2007 la Fundación Mundial de Diabetes (World Diabetes Foundation, WDF) decidió colaborar con Cuba para completar a nivel nacional la Red de Servicios de Diabetes y Embarazo mencionada anteriormente. Mediante esta colaboración se establecieron los servicios de diabetes y embarazo

Tabla 1: Nacimientos provenientes de madres con diabetes atendidas en los servicios de diabetes y embarazo en Cuba, enero 2008–junio 2012

Provincia	2008	2009	2010	2011	2012 ^a	Total
La Habana	1 010	847	887	936	496	4 176
Pinar del Río	149	181	154	63	168	715
Provincia Habana	9 ^b	60 ^c	NA	NA	NA	69
Mayabeque	NA	NA	97	77	35	209
Artemisa	NA	NA	20	43	20	83
Matanzas	132	146	143	193	95	709
Villa Clara	101	210	184	189	84	768
Cienfuegos	— ^d	77	88	129	58	352
Sancti Spíritus	— ^d	107	98	169	78	452
Ciego de Avila	52	111	119	116	49	447
Camagüey	200	324	331	164	145	1 164
Las Tunas	54	98	153	166	103	574
Granma	185	148	294	312	102	1 041
Holguín	108	132	227	178	93	738
Santiago de Cuba	229	172	211	231	164	1 007
Guantánamo	— ^d	218	— ^d	264	84	566
Municipio Especial Isla de la Juventud ^e	— ^d	49	89	77	— ^d	215
Total	2 229	2 880	3 095	3 307	1 774	13 285

NA: no se ajusta

^a Solamente el primer semestre

^b Anterior a la nueva división político-administrativa; incluye solo a mujeres con diabetes preexistente.

^c Anterior a la nueva división político-administrativa

^d No existe información para ese año

^e No existe el servicio como tal; las mujeres con diabetes son atendidas en una clínica de gestantes con alto riesgo

Fuente: Márquez et al.[20]

Tabla 2: Ausencia de atención preconcepcional y anomalías congénitas en niños nacidos de mujeres con diabetes pregestacional en Cuba, enero 2008–junio 2012

Ausencia de atención preconcepcional	Anomalía congénita		Total n (%)
	Sí n (%)	No n (%)	
Sí	56 (5.6)	1 163 (95.4)	1 219 (100)
No	1 (0.2)	525 (99.8)	526 (100)
Total	57 (3.3)	1 688 (96.7)	1 745 (100)

OR = 25.3

Fuente: Márquez et al.[20]

Tabla 3: Ausencia de atención preconcepcional y muerte perinatal de niños nacidos de mujeres con diabetes pregestacional en Cuba, enero 2008–junio 2012

Ausencia de atención preconcepcional	Mortalidad perinatal		Total n (%)
	Sí n (%)	No n (%)	
Sí	63 (5.2)	1 156 (94.8)	1 219 (100)
No	3 (0.6)	523 (99.4)	526 (100)
Total	66 (3.8)	1 679 (96.2)	1 745 (100)

OR = 9.5

Fuente: Márquez et al.[20]

en todos los hospitales materno-infantiles de La Habana y en el hospital materno-infantil principal de cada provincia. La cooperación permitió la capacitación en diabetes y embarazo de 44 médicos, 45 enfermeras y 40 técnicos de la salud; se logró la publicación de miles de folletos y afiches para una campaña nacional de promoción de salud dirigida a prevenir las complicaciones de la DM durante la gestación; esta campaña incluyó además la divulgación mediante programas y artículos en los medios masivos de comunicación. Esta colaboración también ha permitido obtener información más detallada sobre el desempeño del Programa.[9,18–20]

En el transcurso del proyecto de la WDF —desde 2008 hasta la primera mitad del 2012— han nacido 13 285 niños de mujeres diabéticas en Cuba. La distribución provincial de los nacimientos se muestra en la Tabla 1.[20] Ellos representaron el 2.3% de los 572 500 nacimientos ocurridos durante el período.[8] De estos, el 13.1% (1 745/13 285) nacieron de mujeres con DPG y el 86.9% (11 540/13 285) de mujeres con DG.[20] Aproximadamente el 2% de todas las mujeres que parieron durante ese período de cuatro años y medio fueron diagnosticadas con DG, lo cual es una tasa relativamente baja comparada con los estimados de Europa (2–6%), Estados Unidos (3–7%) y África Subsahariana (2–9%).[21–23] Uno de los pocos estudios de prevalencia de diabetes gestacional publicado en 1996, halló una prevalencia de 4.5% en 462 gestantes en un municipio de La Habana durante un solo año.[24]

La prevalencia del 2% que se observa a nivel nacional es probablemente una subestimación, ya que es incongruente con el incremento en los factores de riesgo, tales como sobrepeso y obesidad en las cubanas en edad fértil y con el incremento en la edad al parto (≥ 30 años), lo cual está asociado con la tendencia a posponer la maternidad.[14,15,25] De aquí inferimos, que la capacitación de casos de DG en Cuba todavía muestra insuficiencias.

La atención preconcepcional funciona De los niños nacidos de mujeres con DPG que recibieron atención preconcepcional

especializada (526/1 745, 30.5%) durante el período de colaboración de la WDF, el 0.2% mostró anomalías congénitas y la tasa de muerte perinatal fue de 0.6%; las tasas correspondientes para niños nacidos de mujeres con DPG sin atención preconcepcional especializada (1 219/1 745, 69.9%) fueron de 4.6% y 5.2% para anomalías congénitas y muerte perinatal, respectivamente. El riesgo relativo para la falta de atención preconcepcional como factor de riesgo de anomalías congénitas fue de 25.3, y para muerte perinatal fue de 9.5 (Tablas 2 y 3).[20] Un análisis similar en el período del 2003 al 2011 mostró valores de riesgo relativo de 11.3 para las anomalías congénitas y 12.9 para mortalidad perinatal. Estas cifras subrayan la gran importancia de la atención preconcepcional en mujeres con DM para optimizar los resultados de la gestación.[6]

Y necesitamos que funcione para más mujeres En 1992, menos del 20% de las gestantes con DPG atendidas en el Servicio de Diabetes y Embarazo del INEN habían recibido atención preconcepcional.[26] En los tres quinquenios hasta 2010, las proporciones correspondientes eran de 22.6%, 20.2% y 28.4%, respectivamente;[27] en 2011 y primer semestre del 2012, estos valores fueron de 34.7% y 41%, respectivamente.[20] Estos datos sugieren que hay un ligero aumento de la amplitud de la atención preconcepcional con el tiempo. Las tasas no se diferencian mucho de las observadas internacionalmente, que en la mayoría de los estudios está por debajo del 50%.[28–32]

TRABAJO FUTURO

Consideramos que queda mucho por hacer para mejorar la atención preconcepcional de las mujeres con DM y el pesquaje de la DG, por lo que ambos son prioridades del Programa; esto corresponde con las metas del Ministerio de Salud Pública del 2015 para Cuba (mejor salud materna y reducción de anomalías congénitas y muertes perinatales)[33] y con la quinta Meta de Desarrollo del Milenio: mejor salud materna.[34] Alcanzar estas metas depende de la superación continua de enfermeras, obstetras y médicos de familia, además de la intensificación de actividades de promoción de salud entre las propias mujeres, y muy particularmente, aquellas con factores de riesgo para DG o con DM.

Actualmente, se trabaja en un nuevo censo de mujeres con DM en edad reproductiva y para estimar la prevalencia de DG y, sobre todo, precisar las razones por la que posiblemente hay un deficiente registro de DG, así como la razón por la que menos de la mitad de las mujeres con DPG reciben atención preconcepcional. El sistema de atención primaria, particularmente los médicos y enfermeras de la familia, serán la clave en la lucha para mejorar la salud materno-infantil mediante la reducción de las complicaciones en la gestación producidas por la DM.

CONSIDERACIONES FINALES

En Cuba, hay un intenso programa nacional de diabetes y embarazo para ofrecer a la mujer con DM una atención de calidad antes y durante su gestación. Este trabajo está en curso y se establecen continuamente nuevas metas, tales como la certera identificación de la población de mujeres con DM en edad reproductiva, el incremento de la proporción de mujeres con DPG que reciben atención preconcepcional, y el incremento del pesquaje de DG. Estas acciones mejorarán la salud y la calidad de vida de las mujeres con DM y su descendencia. 

REFERENCIAS

1. Íñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38(1):109–25.
2. Programa de desarrollo 2000. *Endocrinología*. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 1987.
3. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. In: Baraquiso H, editor. *Dirección de Hospitales. Un complejo universo*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2000. p. 183–218.
4. Programa Nacional de Atención Integral a la Gestante con Diabetes. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2001.
5. Diabetes y embarazo: Proteger la salud materna [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2012 [cited 2012 Aug]. 4 p. Disponible en: www.idf.org/sites/.../PB_DiabetesInPregnancy_ES.pdf
6. Cruz J, Lang J, Márquez A. Control preconcepcional de la paciente diabética. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2007 [cited 2012 Mar];33(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu10407.html
7. Consenso Cubano de Diabetes y Embarazo. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2007.
8. Márquez A, Lang J, Valdés L, Cruz J, Guerrero E. Prediabetes y diabetes gestacional. *Rev Cubana Endocrinol*. 2011;22(1):58–60.
9. Márquez A. INFOMED. Repositorio de Artículos [Internet]. Havana: National Medical Sciences Information Center (CU); c2012. Diabetes Mellitus. Programa Nacional de Cuba para la diabetes y embarazo; 2009 Oct 24 [cited 2012 Aug]; [about 1 screen]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/diabetes/2009/10/24/presentacion-de-los-resultados-del-programa-nacional-de-diabetes-y-embarazo/>
10. Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. *Rev Cubana Endocrinol*. 1999;10 Suppl:13–7.
11. Grupo Multidisciplinario Diabetes Mellitus. In: Grupos Multidisciplinarios. Impacto de los resultados obtenidos en la asistencia, docencia e investigaciones. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 90–105.
12. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). *Anuario Estadístico de Salud 2000*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2001. p. 77.
13. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). *Anuario Estadístico de Salud 2011*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2012. p. 111.
14. Alfonzo JP. Epidemiología de la obesidad. In: Alfonzo JP, editor. *Obesidad. Epidemia del siglo XXI*. Havana: Editorial Científico-Técnica; 2008. p. 64–80.
15. Rodríguez G. La fecundidad cubana entre los fines del siglo XX y principios del XXI. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Jan–Mar [cited 2012 Aug];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100011&lng=es&nrm=iso&tng=es
16. Márquez A. Síndrome pre diabético. Su importancia como causa de muerte fetal en nuestro hospital. *Rev Cubana Med*. 1965;4(1):22–39.
17. Diabetes y embarazo. In: *Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo*. Havana: Editorial Científico-Técnica; 1985. p. 334–42.
18. Valdés L, Lang J, Rodríguez BR, Santana O, Zaldívar O, Santurio A, et al. Programa Nacional de Atención a la gestante con Diabetes [Internet]. Havana: Ministry of Public Health; 2009 [cited 2012 Aug]. 10 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2009/07/respub2009zdrmarquezguillen.pdf>
19. Lang J. Secretario de la Actividad Nacional de Diabetes y Embarazo. In: *Proceedings of the 18th Pan American Congress on Endocrinology "COPAEN 2012" and the 8th Cuban Congress on Endocrinology*; 2012 May 12; Havana, Cuba.
20. Márquez A, Lang J, Cruz J, Hernández N. Completamiento de la Red de Servicios de Diabetes y Embarazo en todas las capitales de provincia de Cuba. In: *Informe Final del Proyecto de Colaboración con la World Diabetes Foundation (WDF 06-196)*. Havana: World Diabetes Foundation; 2012.
21. Buckley BS, Harrieter J, Damm P, Corcoy R, Chico A, Simmons D, et al. Gestational diabetes mellitus in Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. *A review*. *Diabet Med*. 2012 Jul;29(7):844–54.
22. Kim SY, England L, Sappenfield W, Wilson HG, Bish CL, Salihu HM, et al. Racial/Ethnic differences in the percentage of gestational diabetes mellitus cases attributable to overweight and obesity, Florida, 2004–2007. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E88.
23. Hall V, Thomsen RW, Henriksen O, Lohse N. Diabetes in Sub Saharan Africa 1999–2011: epidemiology and public health implications. A systematic review. *BCM Public Health*. 2011 Jul 14;11:564.
24. Márquez A, Aldana D, Rodríguez BR, González ME, Lang J, Pérez L, et al. Prevalencia de Diabetes Gestacional en un Área de Salud de Ciudad de La Habana. *Rev Asoc Latinoamer Diab*. 1996;4(2):75–80.
25. Gran MA, Torres RM, Martínez M. Salud y sobrevivencia de la mujer cubana. 1995–2009. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011.
26. Valdés L, Márquez A. Diabetes y Embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1992;18(1):3–5.
27. Valdés L. Riesgo preconcepcional de la mujer diabética en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010;36(1):1–3.
28. Varughese GI, Chowdhury SR, Warner DP, Barton DM. Preconception care of women attending adult general diabetes clinics—are we doing enough? *Diabetes Res Clin Pract*. 2007 Apr;76(1):142–5.
29. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Wang SL, Hannan MF, Fischl AR, Stewart SH, et al. Reproductive health and preconception counseling awareness in adolescents with diabetes: what they don't know can hurt them. *Diabetes Educ*. 2006 Mar–Apr;32(2):235–42.
30. Moura ER, Evangelista DR, De Castro Damasceno AK. [The knowledge of women with diabetes mellitus regarding preconception care and maternal-fetal risks]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Feb;46(1):22–9.
31. Delissaint D, McKyer EL. A systematic review of factors utilized in preconception health behavior research. *Health Educ Behav*. 2011 Dec;38(6):603–16.
32. McCorry NK, Hughes C, Spence D, Holmes VA, Harper R. Pregnancy planning and diabetes: a qualitative exploration of women's attitudes toward preconception care. *J Midwifery Womens Health*. 2012 Jul–Aug;57(4):396–402.
33. Ministry of Public Health (CU). *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*. Havana: Ministry of Public Health; 2006.
34. Dain K. Gestational diabetes: an invisible maternal health issue. *Diabetes Voice*. 2011 Mar;56(1):22–5.

LOS AUTORES

Jeddú Cruz Hernández, (autor para correspondencia: celsocruz@infomed.sld.cu), médico general integral y endocrinólogo, maestro en ciencias, investigador adjunto y profesor auxiliar, Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), La Habana, Cuba.

Antonio Márquez Guillén, médico internista y endocrinólogo con un doctorado en ciencias médicas. Investigador titular y profesor titular consultante, INEN, La Habana, Cuba.

Jacinto Lang Prieto, médico endocrinólogo. Investigador auxiliar, profesor auxiliar, INEN, La Habana, Cuba.

Lemay Valdés Amador, médico ginecólogo obstetra con un doctorado en ciencias médicas. Investigador titular, profesor titular y consultante, Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro, La Habana, Cuba.

Recibido: 30 de mayo, 2012

Aprobado: 24 de junio, 2013

Declaración de conflicto de intereses: Ninguno

Citación sugerida: Cruz J, Márquez A, Lang J, Valdés L. Atención a las gestantes diabéticas en Cuba: logros y retos. *MEDICC Rev*. 2013 July; 15(3). Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=316.esp>

Care for Pregnant Diabetics in Cuba: Achievements and Challenges

Jeddú Cruz MD MS, Antonio Márquez MD PhD, Jacinto Lang MD, Lemay Valdés MD PhD

ABSTRACT

Establishment, progressive development, expansion and organization of Cuba's National Comprehensive Diabetes and Pregnancy Program is described, including changes in related health services since 1959. Currently implemented throughout the country, the Program is supervised by a working group and addresses diabetic women's reproductive health and care during pregnancy. The importance of preconception care for diabetic women is emphasized, as well as the need to increase Program uptake nationally, including screening for gestational diabetes in primary care.

KEYWORDS Diabetes mellitus, pregnancy in diabetes; pregnancy in diabetics; gestational diabetes; diabetes, pregnancy-induced; preconception care; pregnancy outcomes; pregnancy complications; high-risk pregnancy; antenatal care; screening; Cuba

INTRODUCTION

Special attention to pregnant women with diabetes began after the sociopolitical changes of 1959 that involved transformation of health services leading to a single national health system based on three principles: health as a right, state responsibility for the population's health, and equal access to health services for all. [1] Such specialized care has grown more organized over the years, in keeping with advances in endocrinology and in Cuba's Maternal–Child Health Program (PAMI, the Spanish acronym).[2,3]

This in turn led to development of the National Comprehensive Diabetes and Pregnancy Program (hereinafter, the Program) comprising clinical, educational and research activities throughout Cuba at all care levels, concerning two population groups:[4]

- Reproductive-age women (15–49 years) with diabetes mellitus (DM), whether pregnant or not; and
- Women with gestational diabetes (glucose intolerance that appears during pregnancy, GD).

That is, diabetes in pregnancy is defined as both pregestational diabetes and diabetes that appears for the first time during pregnancy.[4]

Women with DM constitute a high-risk reproductive group requiring special care before, during and after pregnancy. Such efforts aim to reduce the high rates of associated maternal and perinatal morbidity and mortality, particularly if pregnancies are unplanned and therefore may be inadequately managed.[5]

Preconception care for diabetic women has two fundamental objectives: to prevent congenital anomalies by ensuring optimal preconception glycemic control, and to detect DM complications (some of which are contraindications to pregnancy, such as severe diabetic nephropathy), managing treatable ones to reduce risk prior to conception.[4,6] During pregnancy, chronic DM complications predating conception should be monitored every trimester.[4,7]

In Cuba, all pregnant women with one or more GD risk factors should be identified at the primary care level. Risk factors include age ≥ 30 years, first-degree family history of DM, history of GD, history of neonatal macrosomia (neonate weight ≥ 4000 g), history of unexplained fetal death after 34 weeks, overweight or obesity, and at-risk fasting blood sugar during pregnancy (≥ 4.4 mmol/L). The Program indicates a fasting blood sugar test for such women at 24 weeks' gestation and an oral glucose tolerance test between the 28th and 32nd weeks.[4]

GD detection in Cuba uses a 2-hour oral glucose tolerance test with 75 g of glucose, based on WHO criteria: 2-hour blood sugar of ≥ 7.8 mmol/L. After the Cuban Pre-Diabetes Consensus Meeting of 2009, an alternative criterion was added: two fasting blood sugar tests of ≥ 5.6 mmol/L.[4,8]

Medical treatment of pregnant diabetics includes use of insulin; currently a multiple dose schedule is recommended for optimal blood sugar control and prevention of neonatal macrosomia. Cuba's specific criteria for optimal glycemic control include fasting blood sugar between 3.9 and 5.2 mmol/L (70–94 mg/dL), and 2-hour postprandial blood sugar between 3.9 and 6.3 mmol/L (70–114 mg/dL).[4]

Proper care for preconception diabetic women and for pregnant women with diabetes contributes to increased positive outcomes for these women and their babies. To ensure quality treatment for these women in Cuba, diabetes and pregnancy services have been established in all provinces: five in Havana Province [until 2012, Havana City Province—Eds.] (one in each hospital with obstetrical services) and one in the main maternity hospital in each of the remaining 14 provinces (diabetes in pregnancy in the Isle of Youth Special Municipality is managed by obstetricians specializing in high-risk pregnancies). Together these services comprise the Cuban Network of Diabetes and Pregnancy Services.[9,10]

More will be required of these services with increasing DM prevalence.[11] Cuba's only census of reproductive-age diabetic women (15–49 years) was conducted in 2000 and yielded a total of 43,840. The greatest numbers were found (in descending order) in the provinces of Havana City, Havana, Camagüey and Santiago de Cuba.[4,9] Overall prevalence of diabetes in women that year was 30.2 per 1000 population;[12] by 2011, prevalence had almost doubled: 55.8 per 1000 population.[13] Although there have been no further estimates of diabetes prevalence in reproductive-age women since 2000, it must be higher, given the increase in overall DM prevalence, steadily increasing prevalence of overweight and obesity since the 1990s,[14] and a trend to postponing childbearing.[15]

NATIONAL COMPREHENSIVE DIABETES PREGNANCY CARE PROGRAM

Diabetes and pregnancy activities in Cuba have not always been as organized or accessible nationwide: in the early 1960s, health care for pregnant diabetics was centralized and available only at a few large hospitals, such as Havana's General Calixto

García University Hospital and a few maternal–child hospitals in the capital and elsewhere. In 1965, Dr Antonio Márquez Guillén recommended creating special services in each Cuban maternity hospital to treat diseases associated with pregnancy; these centers, staffed by obstetricians and internists, would provide care for pregnant women with diabetes, as well as other diseases.[9,16] The first specialized pregnancy and diabetes clinic opened its doors in 1966 and the first manual on diabetes and pregnancy care was published in 1968. In the early 1970s, the Ramón González Coro Women's Hospital by then the main center for treating pregnant women with diabetes—opened its Diabetes and Pregnancy Service. In 1973 a prognostic classification of diabetes and pregnancy was established by Cuban specialists.[9,17]

Cuba's National Institute of Endocrinology and Metabolic Diseases (now the National Endocrinology Institute; INEN, the Spanish acronym) in Havana has had a Diabetes Reproductive Risk Consulting Service in its Diabetes Care Center (CAD, the Spanish acronym) since 1987; at the time, it attended women with pregestational diabetes who were then referred to the Service at the Ramón González Coro Women's Hospital (now the national reference center for diabetes in pregnancy) [18] once they became pregnant and had stable glycemic control. As of 1990, INEN's risk consulting service broadened its scope and now attends diabetic women who receive their maternity care from any maternity hospital in the capital and the western provinces of Pinar del Río, Matanzas, Mayabeque and Artemisa (the latter two formerly part of Havana Province). A similar consulting service exists in most CADs (16 of which are distributed across Cuba) and in each of the main maternity hospitals in the other provinces.[9,19]

In 2001, the Program was born in its current form when guidelines were issued;[4] some modifications have been made since, primarily to diagnostic criteria.[7] The Program is included in PAMI[3] and affiliated with the National Diabetes Program.[6]

CURRENT SITUATION AND CHALLENGES

Aiming for more diabetic women to receive specialized preconception care, INEN's CAD and the Ramón González Coro Women's Hospital Diabetes and Pregnancy Service have trained obstetricians and endocrinologists from health catchment areas in the capital and other provinces who specialize in care of diabetic women preconception and in pregnancy. PAMI's group affiliated with the national Program has also sponsored seminars for family doctors and obstetricians in health catchment areas in the capital and the rest of the country, and for members of multidisciplinary diabetes and pregnancy groups in provincial and Havana maternity hospitals during Program-monitoring site visits.

In light of significant progress in the diabetes and pregnancy field, in 2007 the World Diabetes Foundation (WDF) decided to collaborate with Cuba in completing the National Diabetes and Pregnancy Services Network mentioned above. Through this collaboration, diabetes and pregnancy services were set up in every maternal–child hospital in Havana and in the main maternal–child hospital in each province. The cooperation facilitated training on diabetes and pregnancy for 44 physicians, 45 nurses and 40 medical technicians; permitted publication of thousands of pamphlets and posters for a national health promotion drive focused on preventing complications of diabetes in pregnancy, a campaign that also included programs and articles in the mass media. The collaboration has also helped derive more detailed information on performance of the Program.[9,18–20]

Over the course of the WDF project—from 2008 through the first half of 2012—Cuban diabetic women gave birth to 13,285 infants; the provincial distribution is displayed in Table 1.[20] These accounted for 2.3% of the 572,500 births during the period.[8] Of these, 13.1% (1745/13,285) were born to women with pregestational diabetes and 86.9% (11,540/13,285) to women with GD.[20] Approximately 2% of all women who gave birth during the 4½ year period were diagnosed with GD, a relatively low rate in comparison with estimates in Europe (2–6%), the United States (3–7%) and Sub-Saharan Africa (2–9%).[21–23] One of the few Cuban gestational diabetes prevalence studies, published in 1996, found a 4.5% prevalence in 462 pregnant women in a Havana municipality during a single year.[24] The 2% prevalence observed nationally is likely an underestimate, as it is incongruent with the increase in risk factors such as overweight and obesity in Cuban women of childbearing age, and maternal age ≥30 years associated with the tendency to postpone childbearing.[14,15,25] We infer that casefinding of gestational diabetes is still insufficient in Cuba.

Preconception care works Of infants born to pregestational diabetic women who received specialized preconception care (526/1745, 30.5%) during the WDF collaboration, 0.2% had congenital anomalies and the perinatal death rate was 0.6%; corresponding rates for infants born to pregestational diabetic women without specialized preconception care (1219/1745, 69.9%) were 4.6% and 5.2% for congenital anomalies and perinatal death. The odds ratio for lack of preconception care as a risk factor for congenital anomalies was 25.3, and 9.5 for perinatal death, (Tables 2 and 3).[20] A similar analysis for the period 2003 through 2011 found odds ratios of 11.3 for congenital anomalies and 12.9 for perinatal death. These figures

Table 1: Births to diabetic women treated in Cuban Diabetes and Pregnancy Services, January 2008–June 2012

Province	2008	2009	2010	2011	2012 ^a	Total
Havana	1010	847	887	936	496	4176
Pinar del Río	149	181	154	63	168	715
Havana Province	9 ^b	60 ^c	NA	NA	NA	69
Mayabeque	NA	NA	97	77	35	209
Artemisa	NA	NA	20	43	20	83
Matanzas	132	146	143	193	95	709
Villa Clara	101	210	184	189	84	768
Cienfuegos	— ^d	77	88	129	58	352
Sancti Spiritus	— ^d	107	98	169	78	452
Ciego de Avila	52	111	119	116	49	447
Camagüey	200	324	331	164	145	1164
Las Tunas	54	98	153	166	103	574
Granma	185	148	294	312	102	1041
Holguín	108	132	227	178	93	738
Santiago de Cuba	229	172	211	231	164	1007
Guantánamo	— ^d	218	— ^d	264	84	566
Isle of Youth Special Municipality ^e	— ^d	49	89	77	— ^d	215
Total	2229	2880	3095	3307	1774	13,285

NA: not applicable

^a First semester only

^b Prior to new provincial boundaries, includes only women with pre-existing diabetes

^c Prior to new provincial boundaries

^d No information for this year

^e No service as such; diabetic women treated in a clinic for high-risk pregnancies

Source: Márquez et al.[20]

Table 2: Lack of preconception care and congenital anomalies in infants born to women with GD in Cuba, January 2008–June 2012

Lack of preconception care	Congenital anomaly		Total n (%)
	Yes n (%)	No n (%)	
Yes	56 (4.6)	1163 (95.4)	1219 (100)
No	1 (0.2)	525 (99.8)	526 (100)
Total	57 (3.3)	1688 (96.7)	1745 (100)

OR = 25.3

GD: gestational diabetes

Source: Márquez et al.[20]

Table 3: Lack of preconception care and perinatal death in infants of women with GD in Cuba, January 2008–June 2012

Lack of preconception care	Perinatal death		Total n (%)
	Yes n (%)	No n (%)	
Yes	63 (5.2)	1156 (94.8)	1219 (100)
No	3 (0.6)	523 (99.4)	526 (100)
Total	66 (3.8)	1679 (96.2)	1745 (100)

OR = 9.5

GD: gestational diabetes

Source: Márquez et al.[20]

underline the critical importance of preconception care for diabetic women to optimize pregnancy outcomes.[6]

And we need to make it work for more women In 1992, less than 20% of pregnant pregestational diabetic women treated in INEN's Diabetes and Pregnancy Service had received preconception care.[26] In the three five-year periods ending in 2010, the corresponding proportions were 22.6%, 20.2% and 28.4%, respectively,[27] in 2011 and the first semester of 2012, they

were 34.7% and 41%, respectively.[20] These later data suggest a slight improvement over time in extent of preconception care. Rates do not differ greatly from those observed internationally, which are below 50% in most studies.[28–32]

FUTURE WORK

We believe that much work remains to improve preconception care for diabetic women and screening for GD, both of which are priorities for the Program; they are consistent with the Ministry of Public Health's 2015 goals for Cuba (improved maternal health, and reduced congenital anomalies and perinatal deaths)[33] and with the fifth Millennium Development Goal: improved maternal health.[34] Achieving these goals relies on continuing education for nurses, obstetricians and family doctors; plus intensified health promotion activities among women themselves—especially those with GD risk factors or diabetes. An updated census of reproductive-age diabetic women is in the planning stages in order to estimate GD prevalence and more precisely determine reasons for possible GD under-reporting as well as why fewer than half of diabetic women receive preconception care. The primary care system, particularly family doctors and nurses, will be key in the struggle to improve maternal and child health by reducing diabetic complications of pregnancy.

FINAL CONSIDERATIONS

In Cuba, an intense national diabetes and pregnancy program aims to provide diabetic women with quality care prior to and during pregnancy. This work is ongoing and we continue to set new goals such as accurately identifying the reproductive-age population of diabetic women, increasing the percentage of diabetic women receiving preconception care, and increasing GD screening. These actions will improve health and quality of life for diabetic women and their children. 

REFERENCES

1. Iñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38(1):109–25. Spanish.
2. Programa de desarrollo 2000. *Endocrinología*. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 1987. Spanish.
3. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. In: Baraquiso H, editor. *Dirección de Hospitales. Un complejo universo*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2000. p.183–218. Spanish.
4. Programa Nacional de Atención Integral a la Gestante con Diabetes. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2001. Spanish.
5. Diabetes y embarazo: Proteger la salud materna [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2012 [cited 2012 Aug]. 4 p. Available from: www.idf.org/sites/.../PB_DiabetesInPregnancy_ES.pdf. Spanish.
6. Cruz J, Lang J, Márquez A. Control preconcepcional de la paciente diabética. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2007 [cited 2012 Mar];33(4). Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu10407.html. Spanish.
7. Consenso Cubano de Diabetes y Embarazo. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2007. Spanish.
8. Márquez A, Lang J, Valdés L, Cruz J, Guerrero E. Prediabetes y diabetes gestacional. *Rev Cubana Endocrinol*. 2011;22(1):58–60. Spanish.
9. Márquez A. INFOMED. Repositorio de Artículos [Internet]. Havana: National Medical Sciences Information Center (CU); c2012. Diabetes Mellitus. Programa Nacional de Cuba para la diabetes y embarazo; 2009 Oct 24 [cited 2012 Aug]; [about 1 screen]. Available from: <http://articulos.sld.cu/diabetes/2009/10/24/presentacion-de-los-resultados-del-programa-nacional-de-diabetes-y-embarazo/>. Spanish.
10. Díaz O. Programa Nacional de Diabetes. Aspectos relevantes. *Rev Cubana Endocrinol*. 1999;10 Suppl:13–7. Spanish.
11. Grupo Multidisciplinario Diabetes Mellitus. In: Grupos Multidisciplinarios. Impacto de los resultados obtenidos en la asistencia, docencia e investigaciones. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p.90–105. Spanish.
12. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). *Anuario Estadístico de Salud 2000*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2001. p.77. Spanish.
13. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). *Anuario Estadístico de Salud 2011*. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2012. p.111. Spanish.
14. Alfonso JP. Epidemiología de la obesidad. In: Alfonso JP, editor. *Obesidad. Epidemia del siglo XXI*. Havana: Editorial Científico-Técnica; 2008. p.64–80. Spanish.
15. Rodríguez G. La fecundidad cubana entre los fines del siglo XX y principios del XXI. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Jan–Mar [cited 2012 Aug];34(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Spanish.
16. Márquez A. Síndrome pre diabético. Su importancia como causa de muerte fetal en nuestro hospital. *Rev Cubana Med*. 1965;4(1):22–39. Spanish.
17. Diabetes y embarazo. In: *Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo*. Havana: Editorial Científico-Técnica; 1985. p.334–42. Spanish.
18. Valdés L, Lang J, Rodríguez BR, Santana O, Zaldívar O, Santurio A, et al. Programa Nacional de Atención a la gestante con Diabetes [Internet]. Havana: Ministry of Public Health; 2009 [cited 2012 Aug]. 10 p. Available from: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2009/07/respub2009zdrmarquezguillen.pdf>. Spanish.
19. Lang J. Secretario de la Actividad Nacional de Diabetes y Embarazo. In: *Proceedings of the 18th Pan American Congress on Endocrinology "COPAEN 2012" and the 8th Cuban Congress on Endocrinology*; 2012 May 12; Havana, Cuba. Spanish.
20. Márquez A, Lang J, Cruz J, Hernández N. Completamiento de la Red de Servicios de Diabetes y Embarazo en todas las capitales de provincia de Cuba. In: *Informe Final del Proyecto de Colaboración con la World Diabetes Foundation (WDF 06-196)*. Havana: World Diabetes Foundation; 2012. Spanish.
21. Buckley BS, Harrieter J, Damm P, Corcoy R, Chico A, Simmons D, et al. Gestational diabetes mellitus in Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabet Med*. 2012 Jul;29(7):844–54.

22. Kim SY, England L, Sappenfield W, Wilson HG, Bish CL, Salihu HM, et al. Racial/Ethnic differences in the percentage of gestational diabetes mellitus cases attributable to overweight and obesity, Florida, 2004–2007. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E88.
23. Hall V, Thomsen RW, Henriksen O, Lohse N. Diabetes in Sub Saharan Africa 1999–2011: epidemiology and public health implications. A systematic review. *BCM Public Health.* 2011 Jul 14;11:564.
24. Márquez A, Aldana D, Rodríguez BR, González ME, Lang J, Pérez L, et al. Prevalencia de Diabetes Gestacional en un Área de Salud de Ciudad de La Habana. *Rev Asoc Latinoamer Diab.* 1996;4(2):75–80. Spanish.
25. Gran MA, Torres RM, Martínez M. Salud y sobrevivencia de la mujer cubana. 1995–2009. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011. Spanish.
26. Valdés L, Márquez A. Diabetes y Embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1992;18(1):3–5. Spanish.
27. Valdés L. Riesgo preconcepcional de la mujer diabética en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2010;36(1):1–3. Spanish.
28. Varughese GI, Chowdhury SR, Warner DP, Barton DM. Preconception care of women attending adult general diabetes clinics—are we doing enough? *Diabetes Res Clin Pract.* 2007 Apr;76(1):142–5.
29. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Wang SL, Hannan MF, Fischl AR, Stewart SH, et al. Reproductive health and preconception counseling awareness in adolescents with diabetes: what they don't know can hurt them. *Diabetes Educ.* 2006 Mar–Apr;32(2):235–42.
30. Moura ER, Evangelista DR, De Castro Damasceno AK. [The knowledge of women with diabetes mellitus regarding preconception care and maternal-fetal risks]. *Rev Esc Enferm USP.* 2012 Feb;46(1):22–9. Portuguese.
31. Delissaint D, McKyer EL. A systematic review of factors utilized in preconception health behavior research. *Health Educ Behav.* 2011 Dec;38(6):603–16.
32. McCorry NK, Hughes C, Spence D, Holmes VA, Harper R. Pregnancy planning and diabetes: a qualitative exploration of women's attitudes toward preconception care. *J Midwifery Womens Health.* 2012 Jul–Aug;57(4):396–402.
33. Ministry of Public Health (CU). Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. Havana: Ministry of Public Health; 2006. Spanish.
34. Dain K. Gestational diabetes: an invisible maternal health issue. *Diabetes Voice.* 2011 Mar;56(1):22–5.

and associate professor, National Endocrinology Institute (INEN), Havana, Cuba.

Antonio Márquez Guillén, internist and endocrinologist with a doctorate in medical sciences. Senior researcher and full and consulting professor, INEN, Havana, Cuba.

Jacinto Lang Prieto, endocrinologist. Associate professor, INEN, Havana, Cuba.

Lemay Valdés Amador, obstetrician-gynecologist with a doctorate in medical sciences. Senior researcher, full and consulting professor, Ramón González Coro Women's Hospital, Havana, Cuba.

THE AUTHORS

Jeddú Cruz Hernández (Corresponding author: celsocruz@infomed.sld.cu), family physician and endocrinologist. Adjunct researcher

Submitted: May 30, 2012

Approved for publication: June 24, 2013

Disclosures: None

Symposium SUDDEN CARDIAC DEATH

November 7–9, 2013

Havana's International Convention Center

THEMES

- Sudden death and structural heart disease
- Sudden death and nonstructural heart disease
- Nonstructural sudden cardiac death of molecular origin
- Sudden infant death syndrome
- Sudden death in athletes
- Sudden cardiac death: national registries
- Cardiorespiratory arrest protocol
- Prehospital emergency systems and cardiorespiratory arrest care
- Medical and legal aspects of sudden cardiac death
- Guidelines for investigating sudden cardiac death
- Social determinants and sudden cardiac death
- Molecular basis of sudden cardiac death

SPONSORS

- Ministry of Public Health (CU)
- National Council of Scientific Societies in Health
- Cuban Academy of Sciences
- Medical University of Havana
- WHO/PAHO
- Hermanos Ameijeiras Clinical-Surgical Teaching Hospital

Conference languages: Spanish and English (simultaneous translation available for opening and closing plenaries)
Contact: gemuertesubita@infomed.sld.cu, raulg@palco.cu