

Tasas de mortalidad materna en los hospitales de Maracaibo: 1993-2000

Drs. José García Ildefonso, Rafael Molina Vilchez, Maritza Cepeda

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo. Hospital "Manuel Noriega Trigo", Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, San Francisco, Estado Zulia

RESUMEN

Objetivo: Determinar las tasas de mortalidad materna y sus principales causas.

Método: Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo, epidemiológico de las muertes maternas ocurridas en los Hospitales del Municipio Maracaibo durante el período 1993-2000.

Ambiente: Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.

Resultados: Hubo 260 muertes entre 213 459 nacimientos vivos. La tasa global de mortalidad materna fue de 121,80 por 100 000 nacidos vivos, con amplias variaciones interanuales e interhospitalarias. El 73,46 % no realizó control prenatal. Las principales causas de muerte fueron: hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos, con un 35,38 %, 25 % y 20,77 %, respectivamente.

Conclusiones: Las tasas continúan elevadas, con tendencia al aumento en el último año y predominio de las causas hemorrágicas.

Palabras clave: Muerte materna.

SUMMARY

Objective: To assess maternal mortality rates and their causes.

Method: Descriptive, analytical, retrospective, epidemiological study of maternal deaths in "Municipio" Maracaibo's hospitals between 1993 and 2000.

Setting: Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.

Results: There were 213 459 live births and 26 000 maternal deaths. Global maternal mortality rate was 121.80 for 100 000, with wide interannual and interhospital variations, and 73.46 % of dead mothers did not attend prenatal care. The main causes of deaths were: hemorrhage, sepsis and hipertensive disorders, with 35.38 %, 25 % and 20.77 %, respectively.

Conclusions: The maternal mortality rates remain high, increasing the last year and prevailing hemorrhagic causes.

Key words: Maternal death.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una etapa fisiológica en la vida de la mujer, pero no por ello deja de significar un aumento del riesgo de enfermedad y de muerte, ocupando la mortalidad materna (MM) una apreciable proporción del total de decesos de la población femenina en edad reproductiva. A la MM contribuyen variados factores que en mucho trascienden el hecho médico y el llamado sector salud; se asocia con el grado de desarrollo social y económico y, más que un simple parámetro útil para auditar la asistencia obstétrica, es un complejo

indicador de calidad de vida. De allí la diferencia entre las tasas de MM de los países del primer mundo y las correspondientes a la geografía del subdesarrollo, realmente abismal. Para citar datos americanos, 340 madres de Haití mueren anualmente por cada 100 000 nacimientos vivos, frente a sólo 4 de Canadá (1). Mucha tinta se ha vertido sobre el papel y muchos presidentes, ministros y delegados se han reunido y han firmado acuerdos a partir de la conferencia de Alma Ata en 1978, pero el problema no ha sido doblegado, estimándose la cantidad de fallecimientos entre 500 000 y 580 000 por año (2-4).

Cada óbito materno ocurrido en un hospital, en una determinada región, ciudad o país, constituye

Recibido: 07-05-02

Aceptado para publicación: 18-06-02

una fuente de inestimable valor para investigar factores condicionantes o predisponentes, elementos de riesgo, clasificar la morbilidad y tratar de mejorar la calidad asistencial (5). Para ello, es de gran importancia el funcionamiento de un buen programa de vigilancia epidemiológica y de cada uno de los comités que lo conforman (6). La supervisión tiene que ser permanente, ya que la intervención racional sobre el proceso puede lograr cambios en relativo corto tiempo: uno a dos años (7), aunque algunos consideren que los resultados se deben cuantificar cada diez o más años, opinión que no parece muy útil en el control de programas preventivos (8).

El obstetra de Venezuela ha tomado conciencia del problema y aumenta su motivación con respecto a él. La MM se ha investigado en diversas localizaciones (9). La situación del Municipio Maracaibo se reportó en 1995 (10). En esta comunicación se presentan las tasas de MM calculadas hasta el año 2000.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva y longitudinal. Se clasificó como muerte materna aquella que ocurre en una mujer mientras está embarazada, o antes de los cuarenta y dos días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio de implantación del mismo, por alguna causa relacionada o agravada por él o por el tratamiento, pero no por causas accidentales. La información fue obtenida del Departamento de Historias Médicas y Estadística Vital de los hospitales: "Central Dr. Urquinaona", "Nuestra Señora de la Chiquinquirá", "Universitario de Maracaibo, Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza", "Materno Infantil Cuatricentenario", "Materno Infantil Raúl Leoni" y "Adolfo Pons"; y de los certificados de defunción registrados en la "Unidad de Epidemiología y Estadística Vital del Estado Zulia", ubicada en el "Ambulatorio Dr. Francisco Gómez Padrón", durante el lapso comprendido entre los años 1993-2000. En un orden que no forzosamente es el mismo arriba expresado, en los resultados serán referidos como hospital general o HG-1, 2 y 3, centro materno-infantil o CMI-1 y 2. El establecimiento del Seguro Social será llamado H-IVSS. No se incluyeron los decesos ocurridos en clínicas privadas, ni en los centros asistenciales que hoy forman parte del Municipio San Francisco, el cual pertenecía anteriormente al Distrito Maracaibo. La búsqueda

en los archivos hospitalarios se realizó siguiendo la clasificación internacional de enfermedades: códigos 630-676 para los años 1993 al 1995 y códigos 0000-099.9 desde 1996.

A cada historia se le realizó una revisión detallada, recogiendo la información necesaria y asentándola en un cuestionario con preguntas de tipo cerrado y, con fines de procesamiento se estableció un sistema de códigos y subcódigos aplicados a las variables y sus respectivos indicadores. Los resultados, expresados como tasas por 100 000 nacidos vivos (NV), se presentan en cuadros de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se presentan los NV, las muertes maternas y las tasas de mortalidad del Municipio. Se observa que la tasa global fue de 121,80/100 000, con comportamiento anual irregular y tendencia al ascenso el último año.

El Cuadro 2 señala la MM por entidad hospitalaria, en la cual se aprecian tasas muy altas, como en el caso del HG-1: 231,31, y otras bastante inferiores, como correspondió al CMI-1: 19,92.

El Cuadro 3 comprende las causas finales de muerte, observándose que la hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos suman la gran mayoría, con 35,38 %, 25 % y 20,77 % del total. El 73,46 % de las madres fallecidas no asistió a consulta prenatal.

Cuadro 1
Muertes maternas en el Municipio

Año	Nacidos vivos	Muertes maternas	Tasa x 100 000
1993	28 567	44	154,02
1994	29 830	37	124,03
1995	27 174	28	103,03
1996	26 065	29	111,26
1997	25 165	39	154,97
1998	24 044	26	108,13
1999	26 013	27	103,79
2000	26 601	30	112,77
Total	213 459	260	121,80

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 2

Mortalidad materna por entidad hospitalaria

Entidad hospitalaria	Nacidos vivos	Muertes maternas	Tasa x 100 000
HG-1	15 563	36	231,31
HG-2	31 785	54	169,89
HG-3	73 477	137	186,45
CMI-1	40 143	8	19,92
CMI-2.	40 359	17	42,12
H-IVSS	12 132	8	65,94
Total:	213 459	260	121,80

Cuadro 3

Causa final de muerte

Causa final de muerte	Nº de casos	%
Trastornos hipertensivos	54	20,77
Hemorragia	92	35,38
Sepsis	65	25,00
Otras	49	18,85
Total	260	

DISCUSIÓN

Los resultados expresan cifras desalentadoras: 260 muertes ocurrieron durante los ocho años revisados, con una tasa global de 121,80/100 000, casi igual a la de 1993 para el municipio de entonces, que era de 124,2 (10), al 12,5/10 000 reportado por Agüero para el lapso 1964-1972 en la “Maternidad Concepción Palacios” de Caracas (11), y al 1,25/1 000 correspondiente al “Hospital Central Luis Razetti”, de Barcelona, entre 1964 y 1979 (12). Resulta difícil, y a veces de limitado valor, realizar comparaciones entre tasas de MM, sobre todo si, como en el presente trabajo, el volumen de NV es relativamente diferente en cada centro de atención y, además, cada área de cobertura poblacional presenta variables distintas que pudiesen incidir en los resultados. De todas maneras, la tasa total presentada es alta y muy superior a la que internacionalmente se ha asignado a Venezuela para 1991: 60,0 MM/100 000, con tasa de fecundidad global de 3,5 y cobertura prenatal de 38,6 % (1). Algunos expertos colocan a Venezuela, dentro de

los americanos, en la categoría de país con MM alta e índices de analfabetismo y de fecundidad medios, clasificando como tasas de MM bajas aquellas menores a 20/100 000 —la de Estados Unidos, por ejemplo—, medias las comprendidas entre 20 y 49 —Argentina, Chile, Cuba, Uruguay y México— altas las de 50 a 149 —la mayoría en las Américas— y muy altas las de 150 o más —Bolivia, Perú, Guatemala, Honduras y Haití— (1). Otros, más en contacto con la realidad local, o con acceso a más completa y reciente información, asignan a nuestro país una tasa de 120/100 000, comparable al promedio de la región (9).

No parece sorprendente que la ciudad de Maracaibo tenga indicadores de MM superiores a los del total nacional. El Estado Zulia ha descendido notablemente en cuanto a los parámetros que conforman el llamado “Índice de Desarrollo Humano”, de acuerdo con los informes oficiales de estadística e informática, que junto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, se han publicado con el subtítulo “Caminos para superar la pobreza”. Zulia ha bajado a la categoría de desarrollo mediano medio, con una pendiente marcada que progresa con rapidez de 1993 a 1996 y asciende levemente en 1997 (13). Los datos son alarmantes en cuanto a ingresos económicos y logro educativo. De todas maneras no existe una relación inversa, como pudiera esperarse, entre las tasas de MM del municipio Maracaibo y el indicador referido de desarrollo humano. En el Cuadro 1 puede verse que, paradójicamente, partiendo de una tasa muy alta, 154,02, la MM decrece hasta llegar a 103 en dos oportunidades; más bien hay cierto paralelismo, a excepción del pico de 1997, cuando se llega a superar los valores de 1993. Por encima de todo, es evidente lo que algunos estudiosos del tema temían: que lo de “salud para todos en el año 2000”, la consigna de Alma Ata, no ha sido más que un eslogan vacío (14); que los programas implementados en la última década llegaron muy lejos de las metas propuestas; que se conoce qué hacer, pero los planes se quedan en planes (15).

Para Venezuela en general, los datos recogidos en los últimos años señalan un estancamiento con respecto al problema. Una reciente publicación de Faneite (9) reúne resultados de investigaciones nacionales, cuyas tasas van de 31 a 186/100 000 nacimientos vivos. De uno a otro lugar del país hay variaciones de cierta amplitud, mas se trata siempre de tasas elevadas (16-21). El estancamiento no está

restringido a Venezuela; ocurre en buena proporción del mundo del subdesarrollo, en el cual, mientras otros indicadores de salud han mejorado durante las dos últimas décadas, no se nota una tendencia a superar la MM (22). La diferencia que guardamos con los países de vanguardia es tal que, algunos de ellos ya aspiran llegar a la tasa de 3,3/100 000 (23). En las antípodas de ese vanguardismo y también lejos de nuestros resultados, se dice que la India sola cuenta con 25 % de la MM mundial, mientras que Bangladesh, Etiopía, Indonesia, Nepal, Nigeria y Pakistán suman otro 30 % (22).

Para interpretar las diferencias en las tasas se hace necesario conocer los detalles locales o regionales que sólo llegan a ponerse en evidencia mediante observaciones hechas *in situ*. Aun dentro del mismo municipio tienen vigencia estos factores. Por ejemplo, en el material de Maracaibo, llama mucho la atención lo que ocurre en los dos CMI, donde a pesar de registrarse una cantidad de nacidos vivos similar a la de los tres hospitales pilotos del Ministerio y/o el Sistema Regional de Salud, se dan tasas tan inferiores (19,92 y 42,12, respectivamente). La respuesta es obvia: durante la revisión de las historias clínicas de HG-1, 2 y 3 se encontró gran cantidad de hojas de referencia provenientes de los CMI, en cuyo contenido se exponían detalles sobre el traslado por malas condiciones de la paciente y falta de Unidad de Cuidados Intensivos. En muchos de esos casos la MM aparece imputada al hospital donde falleció la paciente, cuando verdaderamente corresponde a la institución de la cual se hizo el traslado.

Una de las tasas por hospital, la del HG-1: 231,31/100 000, resulta bastante elevada, comparable a las de países con muy bajas condiciones de vida, y con la publicada por Uzcátegui y col. —230— para un sector de la capital (19), aunque representa una mejoría con respecto a indicadores de anteriores décadas. Aquí se nota la frecuencia de referencias tardías a un centro donde se dispone de atención para pacientes críticos y funciona uno de los cursos de posgrado universitarios. La tasa del H-IVSS, mucho más baja, puede ser explicada porque se trata de una población de embarazadas diferente en lo sociocultural y económicos: mujeres trabajadoras y esposas o compañeras reconocidas de hombres que cotizan al Seguro Social.

El control prenatal, ausente o muy deficiente en el 73,46 % de la muestra, se presenta como un factor clave, acorde con lo sucedido en el pasado (2,9,19,24).

La falta de control prenatal señala el deficiente acceso a la atención primaria de la mujer embarazada o la ausencia de esos servicios, aunque en ocasiones, los factores culturales son determinantes de la negación al uso de la atención de salud disponible. La falta de control prenatal, la cual guarda una estrecha relación con el bajo grado de instrucción que posee una gran proporción de las pacientes que acuden a nuestros centros de salud, puede considerarse como un indicador de fracaso de la política de salud, pero inseparable de la de educación.

Que la cobertura prenatal siga siendo baja afirma que permanecemos muy lejos de la posibilidad de dominar el flagelo de la MM. Seguimos siendo una población con deficiencias en el nivel asistencial uno, lo que nos impone fallar ya al comienzo, en una de las primeras parcialidades del problema. En el mundo del desarrollo, muchas autoridades consideran hoy que se logra muy poco, o nada, insistiendo solamente en el control prenatal, en la multiplicación de centros ambulatorios y consultas periféricas, mientras que no se hacen intervenciones a nivel de los sitios donde se atiende el parto y el puerperio, y sobre la formación de pre y posgrado del personal encargado de ello (25).

Los nuevos proyectos contra la MM y la discapacidad hacen foco en la existencia de cuidados médicos de emergencia de alta calidad, con la presencia de personal de óptima preparación en centros asistenciales técnicamente dotados para la obstetricia de las complicaciones; no sólo siguiendo los tradicionales criterios de alto riesgo, sino tomando en cuenta a las madres de bajo riesgo que sufren importantes e impredecibles complicaciones del parto y el puerperio.

Venezuela parece ser uno de los países en los cuales, siguiendo los lineamientos de Alma Ata, se ha hecho, con un éxito que no se ve, énfasis en la atención primaria o periférica, al tiempo que se asiste a la declinación de los hospitales, cuando todos los planes racionales de la medicina preventiva y familiar tienen que apoyarse en la calidad de los cuidados obstétricos de emergencia, tomando conciencia de que la cobertura prenatal es simplemente el comienzo (25).

Al final está la gran caja de Pandora de los servicios hospitalarios de emergencia, sobre cuyas pobres condiciones en nuestro medio, extenderse en detalles sobrepasa los límites de esta comunicación. Las deficiencias son múltiples en el sistema regional de atención materno-perinatal; notables desde el mismo comienzo.

La hemorragia resultó ser la principal de las causas finales de MM, con 35,38 % del total, comprendiendo sangrados por: rotura uterina, placenta previa, atonía uterina, desprendimiento prematuro de la placenta, aborto y rotura de embarazo ectópico (en dos casos diagnosticado después de la muerte y en tres tardíamente). En segundo lugar estuvo la sepsis, con 25 %, entre cuyos principales condicionantes figuró el aborto séptico —hubo 14 casos—; y el 20,77 % de los decesos fue debido a los trastornos hipertensivos. Con algunas variaciones en el orden, otros autores nacionales han obtenido resultados similares (3,19,21). En ciertos países de América Latina dominan los estados hipertensivos (15).

El 18,85 % restante lo ocupan las siguientes causas: neumonía bilateral, tromboembolismo pulmonar, embolia de líquido amniótico, púrpura trombocitopénica, meningitis tuberculosa, neurofibromatosis, lupus eritomatoso sistémico, accidente cerebro vascular, hepatitis, leucemia linfoide aguda e insuficiencia cardíaca congestiva. Es claro que todavía predominan las causas obstétricas directas, en contraposición con lo que actualmente sucede en países desarrollados, donde éstas ceden paso a las indirectas, y encabezan algunas listas el tromboembolismo y la cardiopatía (23), el tromboembolismo y la hipertensión (26), cobran terreno el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y los accidentes anestésicos, y llegan casi a 30 % las causas no relacionadas con el embarazo (23).

La sombra del subregistro siempre está presente al tratar de analizar este problema (27), aunque en este trabajo se haya investigado tanto en los certificados de defunción como en las historias de los hospitales. Llama la atención la no aparición de accidentes anestésicos, hecho sobre el cual es indiscutible la posibilidad de omisión de datos, lo que vale por igual para el resto del material. Es comprensible que entre nosotros, obstetras, anesthesiólogos, o cualquier otro especialista involucrado en el cuidado de madres cuyo desenlace es fatal, alguien trate de ocultar algunos detalles, ya que no tiene protección legal ni de ninguna otra índole en su trabajo. Está ampliamente demostrado que la protección legal para los médicos facilita la mejor obtención de información (6). Como ejemplo de ello puede mencionarse la investigación confidencial que se lleva a cabo en el Reino Unido (26), totalmente anónima en cuanto a sujetos, y cuyo conocimiento no puede ser admitido como evidencia en ninguna de las Cortes de la ley.

En base a los resultados aquí expuestos se recomienda:

- Enfatizar la importancia del control prenatal mediante programas de difusión a través de medios de comunicación masiva.
- Los trastornos hipertensivos durante el embarazo deberían ser conducidos con características de enfermedad notificable. Iniciar campañas educativas para el público y para los médicos, a fin de que los últimos refieran las pacientes a tiempo hacia los centros especializados y mejor dotados.
- Promover actividades docentes, educando de manera continua desde el estudiante de medicina hasta el especialista, mejorando la calidad de este último durante sus estudios de posgrado. Temas como el tratamiento de las hemorragias posteriores al parto, la histerectomía obstétrica y la prevención de infecciones (aunque esto último pueda lucir anacrónico), deberían ser tratados con insistencia durante las residencias programadas, universitarias o no.
- Promover actividades administrativas que lleven a superar la deplorable realidad de la dotación y funcionamiento de los servicios hospitalarios, creando conciencia en los sectores responsables de que se trata de un importante problema de salud pública, de trascendencia e impacto social, pero vulnerable, y de que aunque se llegara a una buena cobertura prenatal, si las emergencias de atención de parto trabajan mal, o no están dotadas de material suficiente, los resultados cambiarán muy poco.
- Evitar referencias tardías entre los distintos niveles de asistencia.
- Concientizar al personal que dirige y conforma los comités de estudio de la MM en la región de la responsabilidad e importancia de estos, y ampliarlos como cuerpos multidisciplinarios, no limitados a la estructura médico-sanitaria “oficial”, con inclusión de diversas especialidades, las cátedras universitarias y las sociedades médico-científicas, lo que no ocurre en la actualidad.

REFERENCIAS

1. Acosta AA, Cabezas E, Chaparro JC. Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynecol Obstet* 2000;71:125-131.
2. Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna. 1982-1991. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:193-196.

3. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;61(2):89-94.
4. UNICEF. El progreso de la Naciones. Nueva York: 1996.
5. Royston E, Abou-Zahr C. Measuring maternal mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:540-543.
6. Molina Vílchez R, Fernández G. Los comités de estudio de la mortalidad materna en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:237-241.
7. Maine D, Rosenfeld A. The AMDD program: History, focus and structure. *Int J Gynecol Obstet* 2001;74:99-103.
8. World Health Organization and United Nations Children's Fund. The sisterhood method for estimating maternal mortality: Guidance notes for potential users. Geneva: Division of Reproductive Health (Technical support). Family and Reproductive Health. WHO; 1997.
9. Faneite P. Mortalidad materna y perinatal: tragedias prevenibles. *Salus* 2000;4:46-55.
10. Molina Vílchez R, Mármol de Maneiro L, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. Edo. Zulia, 1993. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55: 93-99.
11. Agüero O, Torres J, Kízer S. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios (1964-1962). *Ginecol Obstet Méx* 1974;35:509-520.
12. González de Salazar J. Mortalidad materna en el Hospital Central Luis Razetti, Barcelona, Edo. Anzoátegui. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:121-130.
13. Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, 2000. Caminos para superar la pobreza. 1ª edición. Caracas: Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2001.
14. Kestler E. Impacto del mejoramiento continuo en la calidad de la atención de los servicios gineco-obstétricos. En: Acosta AA, Domínguez Chilabert editores. *Obstetricia y Ginecología*. Asunción (Paraguay): FLASOG; 1996.p.582-584.
15. Cabezas E. Mortalidad materna en los países del Grupo FLASOG-Caribe. En Acosta AA, Domínguez Chilabert editores. *Obstetricia y Ginecología*. Asunción (Paraguay): FLASOG; 1996.p.586-589.
16. Agüero O, Torres J. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45:92-97.
17. Lairer O, Paz L, Lairer de Paz M. Mortalidad materna en el Hospital Central Portuguesa de Acarigua-Araure, 1970-1984. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:33-36.
18. Molina Vílchez R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:217-221.
19. Uzcátegui O, Centanni L, Armas R. Mortalidad materna: 1981-1994. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:89-92.
20. Suárez D. Mortalidad materna en el Hospital "Dr. Adolfo D'Empaire", Estado Zulia, durante los años 1988-1995. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:177-180.
21. López Gómez JR, Bracho de López C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1992-2000. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45:37-46.
22. Donnay F. Maternal survival in developing countries: What has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70:89-97.
23. Panting-Kemp A, Geller SE, Nguyen T, Simonson L, Nuwayhid B, Castro L. Maternal deaths in an urban perinatal network, 1992-1998. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1207-1212.
24. Silva M, Petit G. Mortalidad materna. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982;42:95-98.
25. Fortney JA. Emergency obstetric care: The keystone in the arch of safe motherhood (editorial). *Int J Obstet Gynecol* 2001;74:95-97.
26. de Swiet M. Maternal mortality: Confidential inquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 760-766.
27. García Ildefonso J, Furlanetto L, Fernández Bravo M, Molina Vílchez R. Subregistro de mortalidad materna en el Municipio Maracaibo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:175-178.