

# ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal?

Drs. Pedro Faneite, Patricia Delgado, Sonia Sablone, Josmery Faneite, Jesús Guédez, María Fagúndez

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer en cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal e identificar factores relacionados.

**Método:** Estudio observacional, retrospectivo, epidemiológico y descriptivo de 298 muertes perinatales sucedidas durante el trienio 1999-2001. Se usó como instrumento identificador de riesgo un formulario con factores y calificación semi-cuantitativa previamente validado.

**Ambiente:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Resultados:** La edad mostró incidencia general de 89,39 % (177/298) y la paridad 66,77% (199/298). Los factores de riesgo en antecedentes obstétricos tuvieron incidencia global 52,34 % (156/298); destacando los abortos 45,51 % y cesáreas previas 28,21 %. En patología médica presentaron una incidencia general de 74,83 % (223/298). En patología obstétrica la incidencia global fue de 52,34 % (156/298); son determinantes la hipertensión inducida por el embarazo 34,61 %, amenaza de parto prematuro 28,21% y hemorragias de II-III trimestre 22,44%. Los factores de riesgo maternos intraparto y placentario tuvieron incidencia global de 47,98 % (143/298), con el desprendimiento de placenta en primer lugar (29,37 %) y los fetales fueron 52,34 % (156/298).

De las 298 muertes perinatales el 69,13 % (206/298) eran embarazo de alto riesgo; 27,85 % (83/298) bajo riesgo y 3,02 % (9/298) sin riesgo. Hubo 56,38 % (168/298) muertes fetales y 43,62 % (130/298) muertes neonatales; predominó la muerte fetal en los tres grupos.

**Conclusión:** El embarazo de riesgo contribuye de manera determinante en la mortalidad perinatal. La identificación de factores manejados adecuadamente puede ser una alternativa válida para disminuir la mortalidad.

**Palabras clave:** Embarazo de riesgo. Factores. Mortalidad perinatal.

## SUMMARY

**Objective:** To know the contribution of high risk pregnancy to perinatal mortality and identify the related factors.

**Method:** Observational, retrospective, epidemiological and descriptive study of 298 perinatal deaths occurred during 1999-2001. As an instrument for identification of risk we use a form with factors and semi-quantitative grades previously validated.

**Setting:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Results:** Age show a general incidence of 89.39 % (177/298) and parity 66.77 % (199/298). Risk factors in obstetrical history had a global incidence of 52.34 % (156/298); abortion 45.51 % and previous cesarean section 28.21 %. Medical pathology presented a general incidence of 74.83 % (223/298). In obstetrical pathology the global incidence was 52.34 % (156/298); were determinant the pregnancy induced hypertension 34,61 %, premature labor 28.21% and II-III trimester hemorrhage 22.44%. Maternal risk intrapartum and placental factors had a global incidence of 47.98 % (143/298), with premature detachment of placenta in the first place (29.37 %). Fetal factors were 52.34 % (156/298). From the 298 perinatal deaths 69.13 % (206/298) were high risk pregnancies; 27.85 % (83/298) low risk and 3.02 % (9/298) no risk. There were 56.38 % (168/298) fetal deaths and 43.62 % (130/298) neonatal deaths; fetal death was predominant in the three groups.

**Conclusion:** Risk pregnancy determinately contribute to perinatal mortality. The identification of factors adequately managed could be a valid alternative for decreasing the mortality.

**Key words:** Risk pregnancy. Factors. Perinatal Mortality.

Recibido: 21-02-03

Aceptado para publicación: 19-05-03

## INTRODUCCIÓN

El criterio de riesgo ha sido ampliamente utilizado en el ambiente médico, y en particular en el obstétrico-perinatal. Se ha aceptado como embarazo de riesgo aquel que tiene una mayor probabilidad de sufrir un daño, o ser receptor de alguna morbilidad o mortalidad materno-fetal. Esta circunstancia puede derivarse de la posesión de factores que incrementan el riesgo, como antecedentes familiares, personales, obstétricos o por tener alguna patología durante el ante-parto, intra-parto o período neonatal.

En nuestro país diversos autores han estado atentos a esta problemática de riesgo y enfocado sus estudios a diversos ángulos (1-9). Agüero en 1981, presenta una revisión exhaustiva de la bibliografía nacional e internacional (10). Otros autores han dirigido sus investigaciones hacia los procedimientos de estudio y evaluación de los embarazos de riesgo (11-14).

La identificación precoz del embarazo de riesgo es preconizada como un recurso útil, con el fin de prestarle mayor vigilancia y cuidado a dichas gestantes. Nesbitt y Aubry en 1967 (15), figuran entre los primeros autores que proponen un formulario detallando factores prenatales e intra-parto. En México, Ruiz y col. en 1979 hacen una adecuación a la realidad latinoamericana y, muestran su experiencia (16).

Posteriormente, en 1983 hicimos un ajuste a ese sistema semicuantitativo y realizamos un estudio retrospectivo de incidencia y repercusión perinatal (17). Luego para comprobarlo se usó prospectivamente en 1989 (18), y desde entonces se ha empleado por casi 20 años. En el 2000 estudiamos la incidencia y factores antenatales (19). En 2001, en trabajo prospectivo, conocimos el resultado perinatal de los embarazos de riesgo, además la correlación entre el grado de riesgo identificado y la severidad de los resultados perinatales (20).

Los trabajos han reportado una incidencia variable de embarazo de riesgo, en Venezuela, Muller y col. refieren 16,4 % (3), Viegas y Pulido 22 % (5). Otros autores muestran valores entre 25 %-30 % (21,22), y algo importante a enfatizar, este grupo de pacientes aportan el 75 %-80 % de la mortalidad perinatal (21,22).

Pero, en esta oportunidad hemos querido analizar la situación en dirección inversa. De toda la mortalidad perinatal en el hospital, ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo?, empleamos retrospectivamente el sistema de identificación y

clasificación que usamos en nuestra región. Además, estudiamos la mortalidad perinatal y pudimos conocer la utilidad de la graduación de la escala de riesgo.

## MATERIAL Y MÉTODO

El universo estuvo constituido por las pacientes gestantes consultantes al hospital, y la muestra estudiada fue de 298 pacientes asistidas en sala de partos, cuyo resultado perinatal culminó con una muerte fetal o neonatal durante el trienio 1999-2001.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo epidemiológico, analítico de las historias de las pacientes con muerte perinatal. Se incluye el lapso de gestación que corresponde al período perinatal I, es decir, entre la semana 28 de gestación y la primera semana de vida.

A cada una de estas historias se le hizo un análisis para evaluar los factores de riesgo, empleando el sistema de identificación ideado por Nesbitt y Aubry (15), a su vez modificado por Ruiz y col. (16), y adaptado a nuestro medio por nosotros (17), quienes elaboramos un formulario que consta de tres partes. La primera valora el riesgo prenatal, donde se consideran trece factores invariables y cuatro variables, a los que se les asignó una calificación de 5,10,15,20 puntos, según la experiencia del autor y repercusión perinatal, comprobada en trabajo prospectivo (18). Las otras dos partes valoran el riesgo intraparto y la repercusión perinatal.

Aquellas que alcanzaron los 40 puntos y más se clasificaron como alto riesgo, con 40 puntos y menos, bajo riesgo.

A cada paciente se le elaboró una hoja con sus datos, se recopilaron antecedentes maternos (edad, paridad), antecedentes obstétricos, patología médica asociada, patología obstétrica, factores maternos intraparto, factores fetales y placentarios, finalmente la mortalidad perinatal.

Todos los datos son recabados en fichas y mostrados en cuadros de distribución de frecuencia, realizándose el análisis estadístico descriptivo.

## RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra los antecedentes maternos como factores de riesgo. La edad mostró incidencia general 89,39 % (177/298), al definir rango de edad riesgoso menor de 19 años y mayor de 29. La paridad 66,77 % (199/298), al referir rango riesgoso

EMBARAZO DE RIESGO Y MORTALIDAD PERINATAL

nulípara y paridad mayor de 4. Destacó la edad materna menor de 19 años 50,83 %, y la nulípara 67,84 %.

Cuadro 1

Antecedentes maternos

Edad		Paridad	
(N°	%)	(N°	%)
≤14		0	
(6	3,38)	(135	67,84)
15-19		4-7	
(84	47,45)	(56	28,14)
30-34		≥ 8	
(42	23,73)	(8	4,02)
35-39			
(34	19,21)		
≥ 40			
(11	6,22)		

Incidencia edad 89,39 % (177/298)

Paridad 66,77 % (199/298)

El Cuadro 2 expresa los antecedentes obstétricos como factores de riesgo con incidencia global de 52,34 % (156/298); destacando los abortos 45,51 %, cesáreas previas 28,21 % y muertes neonatales 7,05 %.

Cuadro 2

Antecedentes obstétricos

Antecedentes	N°	%
Abortos	71	45,51
Cesáreas previas	44	28,21
Muertes neonatales	11	7,05
Muertes fetales	9	5,77
Prematuros	6	3,84
Anomalías congénitas	4	2,56
Misceláneos	11	7,05

Incidencia global 52,34 % (156/298).

El Cuadro 3 resume las patologías médicas como factores de riesgo. Hubo una incidencia general de 74,83 % (223/298); predominaron las anemias 63,68% (pacientes con hemoglobina menor de 10 g), infecciones 13,45%, incluyen urinarias y cervico-vaginales.

Cuadro 3

Patología médica asociada

Patología	N°	%
Anemias	142	63,68
Infecciones	30	13,45
Hipertensión	22	9,86
Tabaco	11	4,93
Alcohol	5	2,24
Misceláneos	13	5,83

Incidencia global 74,83% (223/298)

El Cuadro 4 señala las patologías obstétricas. Se puede observar una incidencia global de 52,34 % (156/298); son determinantes la hipertensión inducida por el embarazo 34,61 %, amenaza de parto prematuro 28,21 % y hemorragias de II-III trimestre 22,44 %.

Cuadro 4

Patología obstétrica asociada

Patología	N°	%
HIE	54	34,61
Amenaza de parto prematuro	44	28,21
Hemorragia II-III trimestre	35	22,44
Embarazo gemelar	15	9,61
Misceláneos	8	5,13

Incidencia global 52,34 % (156/298).

HIE: hipertensión inducida por el embarazo.

En los factores de riesgo materno intraparto y placentario la incidencia global llegó a 47,98 % (143/298), lo más frecuente fue: el desprendimiento de placenta 29,37 %. Los factores fetales refieren incidencia global 52,34 % (156/298); el mayor aporte lo hizo: la cesárea 55,13 % (Cuadros 5 y 6).

En el Cuadro 7, se analiza la mortalidad perinatal. De las 298 muertes perinatales el 69,13 % (206/298) eran embarazo de alto riesgo, 27,85 % (83/298) de bajo riesgo y 3,02 % (9/298) sin riesgo. Hubo 56,38 % (168/298) muertes fetales y 43,62 % (130/298) muertes neonatales; predominó la muerte fetal en los tres grupos.

Cuadro 5  
Factores maternos intra-partos y placentarios

Factores	Casos	%
DPP	42	29,37
RPM mayor de 12 horas	36	25,17
Hidra-oligoamnios	29	20,28
Placenta previa	19	13,29
Misceláneos	17	11,88

Incidencia global 47,98 % (143/298)

DPP: desprendimiento prematuro de placenta.

RPM: rotura prematura de membranas.

Cuadro 6  
Factores fetales

Factores fetales	Casos	%
Cesáreas	86	55,13
Distocia de presentación	20	12,82
Sufrimiento fetal	20	12,82
Malformaciones	9	5,77
Circular del cordón	9	5,77
Misceláneos	12	7,69

Incidencia global 52,34 % (156/298).

Cuadro 7  
Mortalidad perinatal

Riesgo	Mortalidad					
	Fetal		Neonatal		Perinatal	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Alto	111	65,85	95	73,23	206	69,13
Bajo	52	31,09	31	23,62	83	27,85
Sin	5	3,04	4	3,14	9	3,02
Total	168	56,38	130	43,62	298	

## DISCUSIÓN

Los dos indicadores más empleados y referidos para mensurar el nivel de vida y salud reproductiva en una región son la mortalidad perinatal y la mortalidad materna. Ambos hablan de la calidad de asistencia médica prestada, del sistema de salud implementado y de las metas alcanzadas.

Las cifras referidas para nuestro país están lejos de tener un nivel aceptable. Son múltiples los factores relacionados, entre ellos ambientales, educacionales, socioeconómicos, del sector salud, etc.

Sin embargo, se han identificado diversos grupos poblacionales que están íntimamente relacionados con la morbi-mortalidad. Por ello es razonable la estrategia propuesta por expertos en salud pública y especialistas en la atención perinatal, en el sentido de que se debe detectar a las gestantes pertenecientes a esos grupos y prestarle la mejor atención, con la finalidad de disminuir las tasas de mortalidad perinatal (10). Es así como se justifica cualquier esfuerzo que se haga en el estudio de los embarazos de riesgo.

Si bien el objetivo principal de este trabajo es conocer el aporte de los embarazos de riesgo a la totalidad de la mortalidad perinatal, también se analizan los factores relacionados con las mismas.

En este sentido iniciaremos la discusión por estos últimos, que son los que en definitiva derivan hacia la muerte. Pretendemos responder cuál ha sido la participación de los factores, quiénes tienen mayor incidencia, mayor importancia o peso, y a su vez los de menor valor; en consecuencia prestarle mejor atención al evaluar una embarazada.

En el trienio estudiado 1999-2001 encontramos 298 muertes perinatales, a ellas se les analizó la historia, revelándose factores de riesgo y clasificándose retrospectivamente.

En los antecedentes maternos como factor de riesgo la edad mostró incidencia general muy alta, cercana a 90 %, mientras que las sin riesgo 10 % casi la mitad de las gestantes a riesgo fue menor de 19 años; también la paridad representada por la nuliparidad se destacó en casi el 70 %. Estos dos renglones nos están indicando la importancia del sector social, educativo, como lo encontramos en trabajo previo (16,17,23).

Los antecedentes obstétricos como factores de riesgo tuvieron una incidencia global en más de la mitad de las muertes; destacando los abortos con cifra cercana al 50 % y las cesáreas previas en un tercio de los casos. Estos dos antecedentes nos deben llamar a reflexión, por tener origen íntimamente relacionado con la asistencia obstétrica, y a los cuales no se le ha prestado la atención que en profundidad merecen, esto ha sido referido anteriormente (16-18).

Las patologías médicas como factores de riesgo presentaron una incidencia general elevada, en dos tercios de los casos; predominaron las anemias en

casi el 70 % e infecciones 15 %; ello nos señala el nivel de salud y defensa de nuestras embarazadas, las cuales llegan a la gestación en minusvalía para los ajustes y retos de la procreación; estas patologías las hemos encontrado en estudios previos (16-19).

Las patologías obstétricas como factores de riesgo mostraron una incidencia global en más de la mitad de los casos; con determinante participación de entidades difíciles de manejar. Ellas fueron la hipertensión inducida por el embarazo con más de un tercio, amenaza de parto prematuro 30 % y hemorragias de II-III trimestre 25 %. Esto nos muestra que nuestros enemigos no son nada sencillo de vencer, y que se necesitan esfuerzos especiales para su control (11-14).

Los factores de riesgo maternos intraparto estuvieron presentes casi en la mitad de los casos. Destacó el desprendimiento de placenta 30 %, la rotura de membranas de más de 12 horas 25 %, oligo y/o hidramnios 20 %. Una vez más se nos señala la dificultad de enfrentar entes agresores de gran envergadura; si deseamos ser exitosos, debemos ser consecuentes con una adecuada atención obstétrico-perinatal (20).

Los factores fetales y placentarios tienen una incidencia global en más del 50 % de los pacientes, resaltó la cesárea 55 % con 86 casos, sufrimiento fetal 13 % y la distocia de presentación 13 %, 20 casos cada uno; como puede verse, la acción consiste en un buen diagnóstico y mejor manejo obstétrico (20).

El propósito principal de este trabajo es cuantificar la presencia del embarazo de riesgo en la mortalidad perinatal. Del análisis encontramos que el 97 % de la mortalidad perinatal poseía algún factor de riesgo, alto grado el 70 % y bajo 27 %; sólo un 3 % no los tenían. Hay más, el 56,38 % fue muerte antenatal, es decir fetal, y el 43,62 % muerte neonatal. En vista de que empleamos un sistema de identificación específico (17,18), estas cifras son difíciles de comparar. Sin embargo, autores a nivel internacional han destacado la importancia de la muerte fetal (24-26); en nuestro país se ha hecho énfasis en los aspectos epidemiológicos, sus autopsias y contribución a la muerte perinatal (27-31).

Estos hallazgos nos llevan a realizar estas reflexiones:

1. En nuestro medio conocemos las bondades y utilidad del sistema identificador de riesgo, pues lo hemos comprobado y utilizado de manera prospectiva (18,20).
2. En esta oportunidad lo empleamos retros-

pectivamente en una población con muerte perinatal, y se ha evidenciado la presencia de factores letales en más del 90 % de las madres. Esto quiere decir que si empleamos antenatalmente este sistema, podemos identificar correctamente la población a riesgo. De manera razonable deducimos que con el empleo de métodos de diagnóstico y manejo adecuado obstétrico y perinatal, podemos evitar muchas muertes perinatales (32).

3. Pero enfrentamos otra realidad. Sólo se están controlando la mitad de las embarazadas. Además debemos tomar en cuenta otros factores extraños al de salud, tuvimos más de un año de huelga médica, lo que impide un adecuado acceso a los centros asistenciales, y ya conocemos sus consecuencias.

Para concluir, este trabajo nos ha permitido una vez más revelar y enfatizar los diversos factores que en el período antenatal, intraparto y neonatal afectan a la embarazada, feto y neonato. También, conocer la utilidad del sistema identificador, para detectar embarazos a riesgo. Debemos luchar por aumentar la cobertura de la consulta prenatal e incrementar la vigilancia del parto, éstas son estrategias válidas y clásicas en beneficio del binomio materno-fetal.

#### REFERENCIAS

1. Maggi L, García M. Algunas observaciones a propósito del alto riesgo materno-infantil. *Rev Sanidad Asist Social* 1967;32:122-129.
2. Maggi L, García M. Algunas consideraciones sobre el alto riesgo materno-infantil. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:173-180.
3. Muller G, Rodríguez A, Rodríguez A, Chacón J, Bravo de Muller F, Monroy T. Embarazo de riesgo elevado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:505-512.
4. Moreno L, Miquilena de Moreno E. Procedencia rural como factor de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:19-23.
5. Viegas D, Pulido I. Detección de alto riesgo obstétrico por encuesta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:61-63.
6. Guigni P, Suckerman E. Embarazo de alto riesgo. *Diag Perinat* 1981;1:89-100.
7. Franco G. Embarazo de alto riesgo. *Med Priv* 1987;2:33-35.
8. Soto de Gatti B, Herrera L. Patología en pacientes de alto riesgo obstétrico y su manejo anestésico en el Hospital Universitario de Caracas. *Actual Anestesiol* 1988;3:105-124.
9. González A, Brito V, Maneiro P. El embarazo en

- adolescentes: un problema de alto riesgo obstétrico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:13-17.
10. Agüero O. Alto riesgo obstétrico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:197-210.
  11. Moreno L, Miquilena de Moreno E. Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal latido a latido durante amniocentesis en el embarazo de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:83-102.
  12. Brandt Pacheco F, Linares J, Marcano A, Zapata L, Linares E, López G. El test de Clements en el manejo del embarazo de riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:169-171.
  13. Sánchez de Rincón C, Inaudy E, Sosa A. Parámetros de madurez en embarazos de alto riesgo. *Diag Perinat* 1981;1:119-136.
  14. Ortega R, Clarembaux J, Guevara F, Briceño R, Ortega J, Weisinger K. Circulación materno fetal en embarazos de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:27-33.
  15. Nesbitt R, Aubry R. High risks obstetric II: Value of semi-objective grading system in identifying the value group. *Am J Obstet Gynecol* 1967;30:816-820.
  16. Ruiz H, Villalobos M, Mc Gregor C, Peña D. Embarazo de alto riesgo I. Identificación del alto riesgo prenatal y su repercusión en el recién nacido. *Ginecol Obstet Méx* 1979;45:379-389.
  17. Faneite P, Montenegro de Quintana B, Lázaro A, González X. Estudio de la incidencia del embarazo de alto riesgo y su repercusión perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:123-130.
  18. Faneite P, Salazar G, González X. Identificación del embarazo de riesgo. Sistema índice. Estudio prospectivo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:97-102.
  19. Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faneite J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:217-221.
  20. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M. Resultados perinatales en embarazos de riesgo. Estudio prospectivo. 1999. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;61:13-18.
  21. Hobel C, Hyvarianen M, Okada D. Prenatal and intrapartum high risk screening. *Am J Obstet Gynecol* 1973;117:1-4.
  22. Aubry R, Pennington J. Identificación y valoración del embarazo con riesgo: noción perinatal. *Clin Obstet Ginecol* 1973;16:3-27.
  23. Parazzini F, Pirotta N, La Vecchia C, Fedele L. Determinants of perinatal and infant mortality in Italy 1980-1983. *Ann Obstet Ginecol Med Perinatal* 1990;111:9-146.
  24. Vintzileos A, Ananth C, Smulian J, Scorza W, Knuppel R. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1254-1257.
  25. Smulian J, Ananth C, Vintzileos A, Scorza W, Knuppel R. Fetal deaths in the United States: Influence of high-risk conditions and implications for management. *Obstet Gynecol* 2002;100:1183-1189.
  26. Barfield WD, Tomashek KM, Fiowers LM, Iyasu S. Contribution of late fetal death to US perinatal mortality rates, 1995-1998. *Semin Perinatal* 2002;26:17-24.
  27. Agüero O, Aller J, Cárdenas L. Análisis de 1 000 natimueertos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:387-393.
  28. Uzcátegui O, Angulo L, Toro J, Urdaneta C. Mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:529-534.
  29. Granadillo C de, Neuman M, Ortiz M de, Alezard L. Incidencia de enfermedades genéticas y malformaciones congénitas en 5 134 historias de autopsias de recién nacidos y mortinatos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:15-22.
  30. Zapata L, León ME, López Y. Análisis de 1 000 fetos muertos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:27-30.
  31. Segarra V, Kabalan M, Sirit O, Orellana C, Pimentel J, Fleitas F. Mortalidad fetal: incidencias y causas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:153-156.
  32. Arteaga de Müller M, Zara Y, Gutiérrez Y, Avilán Rovira J. Factores de riesgo perinatal que generan demandas de atención neonatal intensiva. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:134-137.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Correo electrónico: faneitep@telcel.net.ve.  
faneitep@cantv.net