

- Obstet Ginecol Venez. 1992;52:135-139.
47. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol.* 2007;109:669-677.
 48. Lang CHT, King JC. Maternal mortality in the United States. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;22:517-531.
 49. Zupancic JAF. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol.* 2008;35:591-599.
 50. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ.* 1999;319:1397-1402.
 51. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367:1819-1829.
 52. Sánchez Torres F. Reflexiones éticas en torno de la operación cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1991;51:75-86.
 53. Sardiñas Ramírez A. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:155-159.
 54. Suárez Ocando D. Cesárea – uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:71-78.
 55. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007;110:1209-1212.
 56. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomized controlled trial. *Lancet.* 2004;363:1934-1940.
 57. Agüero O. Publicaciones sobre cesárea en Venezuela hasta 1990. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:3-16.

Gac Méd Caracas 2011;119(1):21-27

Muerte fetal: evento actual

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite, Rosanna Amato
E-mail: faneitep@cantv.net

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

El objetivo fue estudiar la mortalidad fetal, conocer su frecuencia, determinar características maternas, condiciones obstétricas y factores relacionados.

Es un estudio observacional, descriptivo de 347 muertes fetales sucedidas entre 2005-2009. Para el mismo lapso se registraron 17 406 nacimientos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Recibido: 10/06/10
Aprobado: 18/08/10

La mortalidad fetal para el período fue 19,94 por mil nacidos o 1 por cada 50 nacimientos. Hubo predominio de pacientes de 24 años y menos (40,35 %), en antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial (18,44 %) y diabetes e hipertensión arterial crónica (9,8 %), en los personales la hipertensión arterial (17,58 %). El diagnóstico de ingreso fue feto muerto 47,26 %, rotura prematura de membranas 14,7 % y patología hipertensiva 14,12 %. No realizaron control prenatal 48,7 %; eran multigestas 43,24 %, con edad de embarazo ≤ 36 semanas 70,03 %, y resuelto en parto vaginal 77,52 %. Predominaron los fetos masculinos (57,06 %), con peso $\leq 2 500$ g (75,5 %)

y talla ≤ 49 cm (65,13 %). El factor de muerte directo conocido prelevante en 178 casos fue la insuficiencia placentaria (36,52%), desencadenada principalmente por patología hipertensiva; seguida de patología hemorrágica placentaria (25,28 %), liderizada por desprendimiento normoplacentario.

La tasa de mortalidad fetal se encuentra elevada, por lo cual se recomienda una estrategia de atención precoz del embarazo, enfatizar control de las patologías relacionadas: hipertensivas, diabetes, prematuridad y hemorragias placentarias. La vigilancia intra-parto debe ser rutinaria, en especial en estas patologías.

Palabras clave: Mortalidad fetal. Epidemiología. Factores.

SUMMARY

The objective was to study fetal mortality, to know its impact, to determine the maternal characteristics, obstetric conditions and related factors.

It is an observational, descriptive study of 347 fetal death occurred between 2005-2009. For the same period there were 17 406 births in the Department of Obstetrics and Gynecology. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Fetal mortality for the period was 19.94 per thousand births or 1 per 50 births. Most of them were patients of 24 years or less (40.35 %), with family history of hypertension (18.44 %) and diabetes and chronic arterial hypertension (9.8 %); and personal history of hypertension (17.58 %). The admission diagnosis was stillbirth 47.26 %, premature rupture of membranes 14.7 %, and hypertensive disease 14.12 %. No prenatal care 48.7 %, were multiparous 43.24 %, with gestational age ≤ 36 weeks 70.03 %, and vaginal delivery 77.52 %. A predominance of male fetuses (57.06 %), weight $\leq 2 500$ g (75.5 %) and height ≤ 49 cm (65.13 %). The known factor of prevalent direct death in 178 cases was placental insufficiency (36.52 %), mostly triggered by hypertensive pathology, followed by placental hemorrhage (25.28 %), lead by placental abruption.

The fetal mortality rate is high, so it is recommended a strategy of early attention of pregnancy, and stress control of related conditions: hypertensive disorders, diabetes, prematurity and placental bleeding. Intrapartum monitoring should be routine, especially in these conditions.

Key words: Fetal mortality. Epidemiology. Factors.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad fetal es el componente menos estudiado de la mortalidad perinatal, se presenta como una sección oculta no analizada en su totalidad, en

extensión y profundidad; los mortinatos permanecen invisibles en las agendas mundiales, así tenemos que no están incluidos en los objetivos del milenio de la Organización de las Naciones Unidas (1).

Cada año, se estima que ocurren 3,2 millones de mortinatos, 2,2 millones anteparto y 1 millón intraparto; el 98 % de los mortinatos ocurren en países de ingreso bajo y medio. Esto fue señalado en el año 2006 por dos estudios de carácter mundial con datos de 2000; antes de esta fecha, ningún país, u organización regional o mundial había publicado cifras relativas a la mortalidad fetal (1,2). Sin embargo, la atención a los mortinatos se ha incrementado en los últimos años; algo que podemos considerar un avance es que la estimación de discapacidad ajustada por años de vida por muerte fetal, fue estimada e incluida en la reciente edición del control de enfermedades prioritarias para países desarrollados (3).

Las más importantes organizaciones mundiales han visto en el parto pre-término y mortinatos un problema de envergadura a estudiar, con el fin de mejorar la recolección de datos, conocer los factores relacionados y elaborar estrategias de prevención. A tal efecto han constituido el grupo "Alianza mundial para la prevención de la prematuridad y el mortinato", pues son dos patologías que están íntimamente relacionadas, con factores comunes y cuya prevención se debe hacer en conjunto. Como producto de ese trabajo se han publicado una excelente serie de reportes sobre esta problemática (4).

En Venezuela se ha estudiado el mortinato desde diversas facetas, ocurrencia, causas, resultados de autopsias, etc., lo que demuestra la importancia del tema en nuestro medio (5-12). Diversas autoridades científicas le han prestado la atención correspondiente, entre ellas la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (13-15).

En nuestra región, esta problemática la hemos tenido dentro de nuestras investigaciones. Analizamos la tendencia de mortalidad materna y perinatal correspondiente al lapso 1969-1996 (16), luego revisamos la ocurrencia de mortalidad fetal durante doce años, entre 1975-1986 (17), posteriormente el período 1993-1997 (18) y luego el 1998-2002 (19). Los reportes de estos estudios nos han revelado que la problemática se mantiene, y obliga a orientar medidas asistenciales que debemos sustentar con una vigilancia epidemiológica.

Por todo lo antes expuesto, nos hemos propuesto en

esta oportunidad estudiar la mortalidad fetal, conocer su magnitud, determinar características maternas, condiciones obstétricas y factores relacionados.

MÉTODOS

El estudio fue realizado en pacientes del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, que fueron asistidas durante el quinquenio 2005-2009.

En este período hubo 17 406 nacidos vivos, y 347 fetos muertos, lo que representa una tasa de mortalidad fetal de 19,94 por mil nacidos vivos.

Se trata de un trabajo observacional, descriptivo, realizado con las historias del Departamento de Historias Médicas; para la inclusión de casos se tomaron en cuenta las exigencias del protocolo de trabajo y aquellas historias en condiciones de ser analizadas. Empleamos la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión 10 (ICD-10), incluimos la muerte de todo feto que ocurrió luego de las 23 semanas de embarazo hasta el momento del parto, y si no se conocía la edad de embarazo, se usó el peso ≥ 500 g o talla coronilla-talón ≥ 25 cm; abarcó la mortalidad fetal intermedia y la tardía (20).

Acto seguido se procedió a la revisión detallada, lo que incluyó las características maternas (edad,

antecedentes familiares, antecedentes personales y patologías de ingreso), estado obstétrico (gestaciones, edad de gestación y tipo de parto), resultado obstétrico (sexo fetal, peso y talla), y finalmente el estudio de los factores directos y desencadenantes de la muerte fetal.

A fin de copilar los datos fueron recabados en fichas especialmente diseñadas y su resumen es mostrado en cuadros de distribuciones de frecuencia para el análisis respectivo.

RESULTADOS

Las características maternas son presentadas en el Cuadro 1. Predominaron las pacientes de 24 años y menos (40,35 %); en antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial (18,44 %) y la diabetes e hipertensión arterial crónica (9,8 %), en antecedentes personales la hipertensión arterial (17,58 %); en el diagnóstico de ingreso, el feto muerto (47,26 %), rotura prematura de membranas (14,7 %) y patología hipertensiva (14,12 %).

El estado obstétrico se resume en el Cuadro 2. Destaca que no hubo asistencia a control prenatal en 169 pacientes (48,7 %); el 43,24 % eran multigestas, con edad de embarazo ≤ 36 semanas 70,03 %, y terminó en parto vaginal el 77,52 %. Hubo predominio del sexo masculino (57,06 %), con peso ≤ 2500 g (75,5 %)

Cuadro 1

Características maternas

Edad	Antecedentes familiares	Antecedentes personales	Patología de ingreso
Años (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
≤ 19	Hipertensión	Hipertensión	Feto muerto
67 (19,31)	64 (18,44)	61 (17,58)	164 (47,26)
20-24	Diabetes e HAC	Asma	RPM
73 (21,04)	34 (9,8)	47 (13,54)	51 (14,70)
25-29	Diabetes	Cesárea	Hipertensión
104 (29,97)	28 (8,07)	39 (11,24)	49 (14,12)
30-34	Asma	Prematurez	Malformación
58 (16,71)	18 (5,18)	22 (6,34)	23 (6,63)
35-39	Otros	Otros	DPP
31 (8,93)	11 (3,17)	41 (11,82)	17 (4,90)
40 y más	Sin	Sin	Otros
14 (4,03)	192 (55,33)	137 (39,48)	43 (12,39)

HAC: hipertensión arterial crónica. DPP: desprendimiento prematuro placentario.
RPM: rotura prematura de membranas.

MUERTE FETAL

y talla ≤ 49 cm (65,13 %), (Cuadro 3).

Entre los factores directos de la muerte fetal destacó la insuficiencia placentaria (36,52%), desencadenada principalmente por patologías hipertensivas; seguida de patología hemorrágica placentaria (25,28 %), y hallazgos anormales del cordón (20,79%). (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

Las estimaciones de la tasa de mortalidad fetal tardía para la región de Latinoamérica y el Caribe se ha estimado en 10 por mil nacidos vivos en población estudiada para el año 2000 (1,2,4). Estos reportes refieren que hay que tener la reserva pertinente a la hora de interpretar estas cifras por las limitantes

Cuadro 2

Estado obstétrico

Control prenatal		Gestaciones		Edad embarazo (Semanas)		Tipo de parto	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
169	No (48,70)	124	I (35,73)	243	≤ 36 (70,03)	269	Vaginal (77,52)
140	Si (40,34)	150	II-VII (43,24)	89	37-41 (25,65)	70	Cesárea (20,17)
38	Ignorado (10,95)	73	VIII y más (21,03)	6	≥ 42 (1,72)	8	Instrumental (2,30)
				9	Incierta (2,59)		Incierta

Cuadro 3

Resultado obstétrico

Sexo		Peso (g)		Talla (cm)	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
			$\leq 1\ 500$		≤ 39
		89	(25,65)	63	(18,16)
			1 501-2 000		40-44
198	Masculino (57,06)	124	(35,73)	83	(23,92)
			2 001- 2 500		45-49
		49	(14,12)	80	(23,05)
			2 501-3 000		50-54
		52	(14,99)	103	(29,68)
			3 001-3 500		55-59
149	Femenino (42,94)	29	(8,36)	16	(4,61)
			3 501-4 000		No registrado
		4	(1,15)	2	(0,58)

de veracidad en recolección de datos; también manifiestan que menos del 5 % de los nacimientos en el mundo ocurren en países con sistemas de registros estadísticos vitales confiables y con acceso factible.

Actualmente no hay estimaciones sistemáticas

a nivel mundial que señalen las causas de muerte fetal, en consecuencia, como los datos no existen, la comparación entre los estudios es dificultosa. Pero existen otras limitantes, se han identificado más de 30 clasificaciones de muerte fetal en la literatura (21), las

Cuadro 4

Factores directos y desencadenantes de mortalidad

Factores directos conocidos	Insuficiencia placentaria		Patología hemorrágica		Patología del cordón		Patología metabólica		Malformación congénita	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
178	65	(36,52)	45	(25,28)	37	(20,79)	8	(4,49)	23	(12,92)
Factores desencadenantes	HIE	32 (49,23)	DPP	30 (66,67)	Circular ajustada	27 (72,97)	Diabetes	8 (100)	Inciertos	
	HAC	24 (36,92)	PP	13 (28,89)	Procidencia	6 (16,22)				
	ECP	9 (13,85)	RU	2 (4,44)	Nudo ajustado	4 (10,81)				

HIE: hipertensión inducida por el embarazo. HAC: hipertensión arterial crónica
ECP: embarazo cronológico prolongado. RU: rotura uterina. PP: placenta previa
DPP desprendimiento placentario.

cuales reportan hasta 37 causas (22). Otros aspectos a tomar en cuenta en los estudios y sus resultados es la región u hospital de procedencia, el carácter de la investigación, si está orientada a la epidemiología o es un estudio dirigido a hallazgos patológicos, entre otros.

En esta oportunidad presentamos una nueva serie que analiza la muerte fetal ocurrida durante los últimos siete años en el hospital donde laboramos, y donde hemos estado haciendo un seguimiento epidemiológico a esta fatídica entidad. Por eso, los resultados obtenidos los confrontaremos con las series previas que estudian este aspecto y de esta manera evaluaremos la evolución de la situación clínico-epidemiológica.

La tasa de mortalidad fetal encontrada en esta investigación fue 19,94 por mil nacidos vivos (2003-2009), la cual está muy próxima a la referida en las series previas 22,28 (1993-1997) (18) y 20,56 (1998-2002) (19). Estas cifras expresan que en los últimos 17 años la mortalidad fetal en este hospital permanece estable, con pequeñas oscilaciones; podemos inferir entonces, que los factores personales, hospitalarios y condicionantes han permanecido en el tiempo, sin perder vigencia, y es factible que las estrategias que pudieran impactar a esta variable perinatal no se han aplicado, o si se ha hecho, no se ha tenido ningún o poco efecto en su disminución. Queremos recordar que existen otros trabajos venezolanos que estudian este tema, pero corresponden a épocas pretéritas, hospitales de otras regiones, con condiciones distintas, que dificultan una comparación de frecuencia de patología y el contenido de los resultados (5-12).

Al considerar las características maternas acompañantes a estos fetos muertos, nos llama la atención que la mayoría son gestantes menores de 24 años, además en sus antecedentes personales y familiares prevaleció la hipertensión y la diabetes, esto es un hallazgo permanente en los diversos estudios que hacemos, y se ha señalado en las series previas (18,19). Debemos detenernos en lo relativo a los diagnósticos de ingreso. Casi la mitad de los casos estudiados ingresaron como feto muerto, es decir, una muerte antenatal, siguen en orden la rotura prematura de membranas y la patología hipertensiva. Si comparamos con la serie previa (19), estas entidades de nuevo obtienen la primacía, con esto estamos identificando factores de riesgo a tener en cuenta.

En la discusión del estado obstétrico encontrado, es penoso reconocer la deficiencia del control prenatal en la mitad de las muertes fetales, es un factor asociado persistentemente, que osciló entre 50 % y 66 % en los dos estudios previos respectivamente (18,19). Esto es reflejo del fracaso de las consultas preventivas, cuestión que señalamos permanentemente en nuestras revisiones en la región. Otras características que son muy semejantes en estas series y que parecen ser algo muy propio de las mismas, es el hecho de tratarse de pacientes predominantemente multigestas, donde casi las tres cuartas partes de los casos fueron embarazos pre-términos, resueltos en igual proporción por vía vaginal; en todas han destacado los fetos masculinos, con peso igual o menor a 2 500 g y talla igual o menor de 49 cm.

Si queremos ser certeros en este análisis debemos mencionar que la mortalidad perinatal está

íntimamente relacionada con la calidad y cantidad de los servicios que se presten. En estudios previos mostramos que al elevarse el número de consultas prenatales disminuyen las tasas negativas perinatales (23), y por otra parte hemos investigado las razones por la cual la embarazada no se controla (24). Se han evidenciado factores de educación, motivación, calidad de servicios, problemas económicos, factor de transporte, etc. (25). Todo señala hacia un mejoramiento de los sistemas de salud regional y nacional.

Uno de los aspectos centrales de esta investigación es lo relativo a la identificación de los factores directos relacionados con cada muerte fetal; en efecto, esto se logró en un poco más de la mitad de los mortinatos 51,29 % (178/347). Son fundamentalmente muertes intraparto. Fueron responsables en orden de frecuencia en primer término, los factores hipoxémicos producto de insuficiencia placentaria en un poco más de uno de cada tres casos, desencadenados especialmente por patologías hipertensivas, y en menor tenor el embarazo cronológicamente prolongado. En segundo término tenemos los factores placentarios hemorrágicos, con frecuencia de uno en cada cuatro casos, producto notoriamente del desprendimiento placentario, seguido de la placenta previa. En tercera posición, están las anomalías del cordón umbilical, lo que llegó cerca de uno de cada diez casos. Estos resultados concuerdan perfectamente con lo reportado en las dos series previas con discretas variaciones en la frecuencia (18,19). Esto lo interpretamos expresando que tenemos claramente identificadas las patologías involucradas en la mortalidad fetal en este hospital por el espacio de tres quinquenios y hacia ellas deben dirigirse los diversos programas educativos maternos y al personal de salud. Es conveniente manifestar que no hemos avanzado con el número de fetos autopsiados, lo cual no pasa del 5 %, a pesar de que se le solicitan a todos los casos este estudio. Existen limitaciones de personal, hay un solo patólogo para todas las necesidades del hospital, a pesar de ello se hacen grandes esfuerzos por cumplir todos los requerimientos de las normas asistenciales pautadas.

Existen publicaciones recientes sobre el tema apoyadas por la Organización Mundial de la Salud, las cuales hacen un llamado a mejorar la recolección de estadísticas mundiales de la mortalidad fetal, lo cual permitiría conocer más certeramente esta entidad (4), como son sus causas e intervenciones potenciales (26); además, muestran estrategias actuales y su eficacia (27), señalan las barreras y oportunidades

encontradas que limitan una expansión de acción sostenida (28,29), y finalizan con una propuesta de programa global mundial (30).

A manera de conclusión, la magnitud de la muerte fetal se ha mantenido inalterada en los últimos tres quinquenios, donde las características maternas son muy semejantes, con diagnóstico de ingreso que revela muerte ante natal en la mitad de los casos. Los factores directos son conocidos también en igual proporción, liderado por patologías placentarias, con amplio margen las de origen hipoxémico por la insuficiencia placentaria, luego las patologías hemorrágicas placentarias. Todo esto nos orienta a ejecutar un plan y estrategias de salud que van más allá de nuestro ámbito hospitalario, que conlleven a los programas sanitarios a elevar el nivel de conocimientos de salud preventiva que logren una consulta prenatal precoz, basados en una asistencia hospitalaria bien dotada con personal suficientemente bien motivado. Estas reflexiones complementan lo que hemos expresado en los trabajos previos (18,19); todo lo mencionado está por encima de una actualización de una realidad en la cual estamos implícitos, que estamos obligados a investigar y llevar sus resultados a los niveles administrativos correspondientes. Tenemos la esperanza que prontamente sea revertida esta negativa situación en salud.

REFERENCIAS

1. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: Delivering estimates in 190 countries. *Lancet*. 2006;367(9521):1487-1494.
2. WHO. Perinatal and neonatal mortality for the year 2000: Country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Jamison D, Shahid-Salles S, Jamison J, Lawn JE, Zupan J. Incorporating Deaths near the time of birth into estimates of the global burden of disease. En: Lopez AM, C, Ezzati M et al, editores. *Global burden of disease and risk factors*. 2ª edición. Edited by Washington DC: The World Bank and Oxford University Press; 2006.p.1-22.
4. Lawn JE, Gravett M, Nunes T, Rubens C, Stanton C. The GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010;10(Suppl 1):1-19.
5. Agüero O, Aller J, Cárdenas L. Análisis de 1 000 natimueertos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1975;35:387-393.

6. Uzcátegui O, Angulo L, Toro J, Urdaneta C. Mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1976;34:529-534.
7. Lee de Granadillo C, 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.
8. Lee de Granadillo C, Villafafle de Girón A, Neuman M. Morbimortalidad debido a causas obstétricas potencialmente anoxigénicas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1981;41:166-172.
9. Urtado B, Moran V, Mujica G. Aspiración pulmonar de líquido amniótico en mortinatos y muertes neonatales. *Diag Perinatal.* 1982;2:367-400.
10. Arcay Mendoza G, Sosa Olavarría A, Guinand O, Cordero R, Herrera Malpica J. Morbi-mortalidad perinatal en el Hospital Central de Valencia. Decenio 1974-1983. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45:187-195.
11. Zapata L, León ME, López Y. Análisis de 1 000 fetos muertos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1989;49:27-30.
12. 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.
13. Decisions of the XII General Assembly of FIGO (FIGO news). *Int J Gynecol Obstet.* 1989;28:79-84.
14. Focus. The poorest of the poor. *Int J Gynecol Obstet.* 1990;32:287-290.
15. ACOG Technical Bulln 176. Enero 1993. Diagnosis and management of fetal death. *Int J Gynecol Obstet.* 1993;38:291-299.
16. Faneite P. Salud reproductiva obstétrica. Tendencia 1969-1996. II Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57:151-156.
17. Faneite P. Impacto de la asistencia perinatal en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello, 12 años de experiencia. *Gac Méd Caracas.* 1988;91:15-55.
18. Faneite P, Galíndez J, Ojeda L, Montilla A, Rivero R, Orozco F. Análisis de la mortalidad perinatal (1993-1997). I. Mortalidad fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1999;59:245-249.
19. Faneite P, González M, Faneite J, Meneses W, Álvarez L, Linares M, et al. Actualidad en mortalidad fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2004;64:77-82.
20. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Vol. 2, Instruction manual. Geneva, World Health Organization, 1993. Disponible en : <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
21. Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, Erwich JJ, Bergman KA, Bouman K, et al. The Tulip classification of perinatal mortality: Introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. *BJOG.* 2006;113:393-401.
22. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): Population based cohort study. *BMJ.* 2005;331(7525):1113-1117.
23. Faneite P. Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1969-1996. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1998;58:1-3.
24. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009;69:147-151.
25. Díaz Bruzual A. Venezuela país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:179-186.
26. Gravett M, Rubens C, Nunes T. The GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):1-16.
27. Barros F, Bhutta Z, Batra M, Hansen T, Victora C, Rubens C, the GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): Evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):1-36.
28. Victora C, Rubens C, the GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (4 of 7): Delivery of interventions. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):1-19.
29. Sather M, Fajon A, Zaentz R, Rubens C. The GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (5 of 7): Advocacy barriers and opportunities. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):1-10.
30. Rubens C, Gravett M, Victora C, Nunes T. The GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (7 of 7): Mobilizing resources to accelerate innovative solutions (Global action agenda). *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010;10(Suppl 1):1-17.