

VOL. 2
AÑO 1

Mortalidad materna y su evolución reciente 2014



Presentación

La mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan los países de nuestra región, su prevalencia evidencia debilidades en los sistemas de salud, principalmente en la detección y tratamiento oportuno de complicaciones de salud que pueden afectar a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio y por tanto limitan el ejercicio de su derecho a una maternidad segura.

Es por esta razón, que la reducción de la mortalidad materna constituye una prioridad, plasmada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en los cuales figura como quinto objetivo el reducirla en tres cuartas partes en el periodo 1990-2015.

Con el fin de monitorear los avances en dicha materia y que las instituciones competentes puedan contar con información actualizada y de fácil acceso para diseñar acciones específicas que se ajusten a la realidad del país y sus regiones geográficas, es que el Instituto Nacional de Estadística y Censos presenta el boletín Mortalidad Materna y su evolución reciente.

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición obstétrica, dado que las causas obstétricas indirectas han venido aumentando paulatinamente, especialmente aquellos padecimientos crónicos degenerativos, aunque aún los estados hipertensivos del embarazo y la hemorragia post-parto tienen un peso importante.

Costa Rica, en los últimos 16 años ha implementado mecanismos permanentes de análisis y evaluación de la mortalidad materna, los cuales se apoyan en la declaración obligatoria de afecciones de la salud que son sujetas de control epidemiológico, por parte del Ministerio de Salud.

La declaración obligatoria de muertes maternas ha generado un sistema que permite realizar un control cruzado con las estadísticas oficiales y emitir recomendaciones dirigidas al mejoramiento continuo de la atención en salud, pues estos eventos son sometidos a un proceso de investigación, análisis y evaluación.

En nuestro país, la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna permite en primer lugar recolectar la información pertinente para su análisis y en segundo lugar, este posibilita el desarrollo de programas de salud pública y la formulación de recomendaciones con el propósito de mejorar cobertura y calidad en la atención.

El boletín presenta información estadística sobre el comportamiento de la mortalidad materna para el periodo 2005 -2014, con mayor detalle para el año 2014. Esta información procede del registro de defunciones recibidas en el INEC en el transcurso de todo el año. Estos eventos son sometidos a un cauteloso proceso de control y verificación en una acción conjunta mediante el Sistema Nacional de Análisis de Muertes Maternas e Infantiles, del Ministerio de Salud.

<u>Contenido</u>	Página
Presentación	3
Panorama nacional y comparación internacional	6
Cuadro 1. Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna	8
Gráfico 1. Razón de mortalidad materna (RMM)	9
Panorama Provincial	9
Cuadro 2. Razón de mortalidad materna por año, según provincia	11
Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas	11
Gráfico 2. Distribución porcentual de las defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas.	12
Cuadro 3. Defunciones maternas por año, según grupos de causa básica de defunción	14
El rostro de la mortalidad materna	14
Gráfico 3. Distribución porcentual de las defunciones maternas por grupos de edades de la fallecida	17
Gráfico 4. Distribución porcentual de las defunciones maternas por condición de actividad de la fallecida.	18
Figura 1. Razón de mortalidad materna por estado conyugal de la fallecida	20
Definiciones	21
Referencias bibliográficas y en línea	22

Panorama nacional y comparación internacional

La mortalidad materna es uno de los indicadores que refleja con mayor claridad inequidades existentes en la atención de salud de las mujeres; por tanto, su constante monitoreo y seguimiento, en aras de definir acciones de salud pública para su disminución, es una de las prioridades no solo de las autoridades de salud, sino del país y de la región.

El indicador asociado a este fenómeno es la razón de mortalidad materna, la cual se obtiene al dividir el número de muertes de mujeres cuya causa está asociada al estado de embarazo, parto o puerperio, ocurridas durante un periodo determinado, entre el total de nacimientos ocurridos durante este mismo periodo. De manera, que este dato permite determinar la probabilidad de muerte o el riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante esta etapa. Usualmente se expresa como la cantidad de muertes maternas ocurridas por cada diez mil nacimientos.

Es conveniente mencionar, que a nivel internacional existe el Grupo Interagencial de Estimación de Mortalidad Materna con el objetivo de realizar análisis regionales sobre la situación de este indicador a nivel mundial. Para lograr esta comparación, este grupo realiza correcciones a los datos suministrados por los países, dado que se considera la existencia de subregistro de estas defunciones, donde Costa Rica recibe una corrección que implica un aumento cercano al 60 por ciento del dato observado y oficializado en el país.

Esta corrección se realiza mediante métodos estadísticos que parten de supuestos que pueden no responder adecuadamente a la realidad del país. Por esta razón, los datos suministrados por dichas agencias suelen no coincidir con el dato nacional oficial.

En este sentido, actualmente, el Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud están realizando de manera conjunta una serie de acciones orientadas a reunir evidencia de la no pertenencia de estos supuestos y así lograr que estas estimaciones se ajusten a la realidad del país.

De acuerdo a los datos suministrados por este grupo, es importante considerar que el país para el año 2013 según los datos más recientes de la División de Estadística de Naciones Unidas, Costa Rica ocupa el lugar 76 del ranking de 185 países que reportan este indicador. Dentro de la región latinoamericana, Costa Rica es superada únicamente por Chile y Uruguay.

En el país, la mortalidad materna se considera un problema de salud pública dado que si bien se han logrado disminuciones importantes en los últimos 20 años, de acuerdo a los análisis realizados por el Ministerio de Salud, indica que el 80 por ciento de dichas muertes son prevenibles.

En los últimos diez años, su comportamiento ha sido considerablemente irregular, tal como se observa en el cuadro 1 presentando en el 2014, 21 muertes maternas.

CUADRO 1

**Total de nacimientos, defunciones maternas y razón de mortalidad materna
(por diez mil nacimientos)
2005 - 2014**

Año	Nacimientos	Defunciones maternas	Razón de mortalidad materna
2005	71 548	27	3,8
2006	71 291	28	3,9
2007	73 144	14	1,9
2008	73 144	25	3,3
2009 ^a	73 144	19	2,7
2010	70 922	15	2,1
2011	73 459	17	2,3
2012	73 326	22	3,0
2013	70 550	14	2,0
2014	71 793	21	2,9

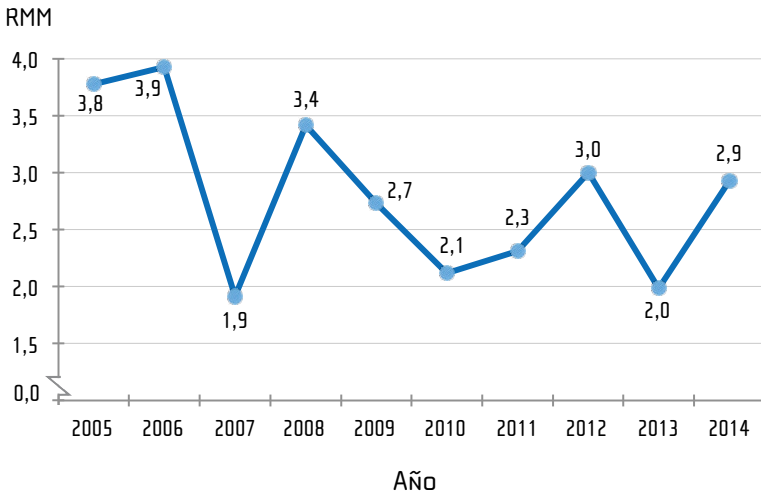
a/ Para el cálculo de RMM se incluye un caso de muerte por Sida.

Con la finalidad de determinar la intensidad con que este fenómeno afecta a la población y analizar su tendencia en el tiempo, elementos esenciales para definir y evaluar las acciones implementadas, es que se utiliza el indicador razón de mortalidad materna (RMM).

En la última década este ha mostrado un comportamiento fluctuante, presentando en el 2014 un valor de 2,93, representando un aumento de 47,4% con respecto al 2013, año en el que este indicador presentó un valor de 1,98. Es decir, en el 2014 ocurrió, aproximadamente, una muerte más por cada diez mil nacimientos. La mayor disminución se experimentó en el año 2007, significando una reducción del 51% con respecto al 2006, año en el que se presentó el mayor valor del periodo.

GRÁFICO 1

Razón de mortalidad materna (RMM)
(por diez mil nacimientos)
2005 - 2014



Panorama provincial

Al analizar la razón de mortalidad materna por provincia, si bien se observa un comportamiento bastante irregular durante la última década, destaca el hecho de que la provincia de Limón, en los años 2005, 2006, 2007 y 2012, se ubica entre las provincias con menor nivel de mortalidad materna; no obstante, para el periodo 2008-2011 y para el año 2013 la situación cambia drásticamente, pasando a ser de las provincias con mayor nivel de mortalidad. Para el año 2014 la situación de esta provincia se revirtió positivamente.

Las provincias de San José y Alajuela, en términos generales, presentaron un nivel intermedio de mortalidad materna y un comportamiento relativamente estable durante todo el periodo, Guanacaste y Heredia presentan un comportamiento muy irregular.

Por su parte Puntarenas, presenta un panorama favorable, pues a partir del 2011, se encuentra entre las provincias con menor nivel de mortalidad materna.

Al analizar este comportamiento de cada provincia para el año 2014 y su comparación con el año 2013, llama la atención la situación de las provincias de Alajuela y San José, dado que la razón de mortalidad materna aumentó considerablemente, pasando de aproximadamente 1 muerte, en el 2013, a 3 por cada 10 000 nacimientos, en el 2014.

Así mismo, Guanacaste pasa de presentar 3 muertes, en el 2013, a 5 muertes por cada 10 000 nacimientos, en el 2014; siendo, además, la provincia con mayor nivel de mortalidad para este año.

Por su parte, Heredia, si bien no presentó muertes maternas en el 2013, para el 2014 presentó tres muertes maternas por cada 10 000 nacimientos y Cartago presenta también un aumento, pasando de 3 a 4 muertes maternas, es decir, una muerte más por cada 10 000 nacimientos.

Puntarenas y Limón lograron un avance significativo para el 2014, pues particularmente Puntarenas no registra ninguna muerte materna para este año y Limón logra reducir este indicador de aproximadamente 7,4 a 2,5, lo que significa que entre el 2013 y 2014 la provincia de Limón disminuyó aproximadamente en 5 muertes maternas por cada 10 000 nacimientos.

CUADRO 2

**Razón de mortalidad materna por año, según provincia
(por diez mil nacimientos)
2005 - 2014**

Provincia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Costa Rica	3,8	3,9	1,9	3,3	2,5	2,1	2,3	3,0	2,0	2,9
San José	2,6	3,5	3,0	2,5	1,7	2,7	2,2	2,7	0,9	3,2
Alajuela	2,2	3,7	0,7	2,0	3,3	0,7	4,7	3,4	0,7	2,7
Cartago	4,1	2,7	-	5,4	1,3	1,4	-	4,1	2,8	4,2
Heredia	10,7	4,8	1,5	1,5	3,0	-	-	4,5	-	3,1
Guanacaste	9,2	5,4	4,9	3,2	3,2	-	-	3,4	3,5	5,0
Puntarenas	2,6	6,6	1,3	3,7	2,5	4,2	-	1,3	1,4	-
Limón	1,3	2,6	1,3	7,5	3,7	5,2	6,2	2,4	7,4	2,5

Afecciones de la salud que desencadenaron en muertes maternas

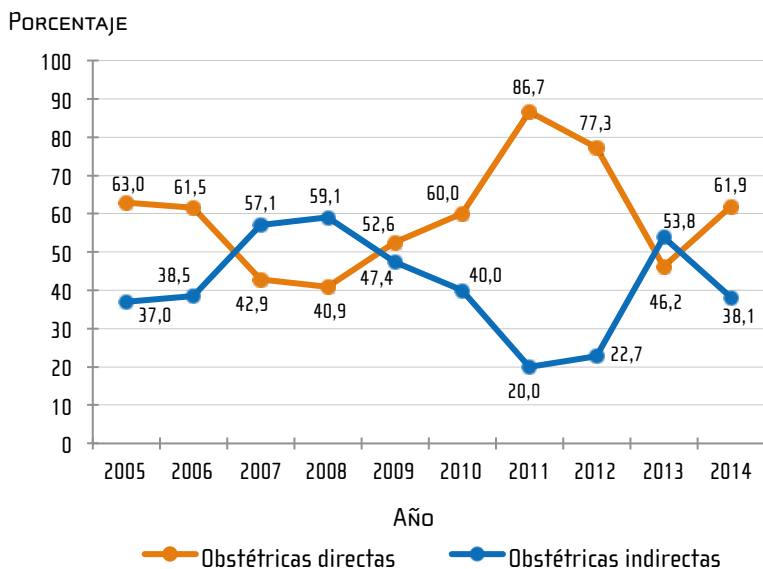
Para efectos de análisis y de acciones concretas de salud pública, las muertes maternas se subdividen en muertes obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a aquellas muertes que ocurren como resultado de complicaciones obstétricas durante el embarazo, trabajo de parto o puerperio, intervenciones, omisiones o tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los antes mencionados; y las segundas, a aquellas derivadas de enfermedades preexistentes o que se presentaron durante el embarazo y que no fueron debidas a causas obstétricas directas, pero que se agravaron por efectos fisiológicos propios del embarazo. [OMS, 2012]

Tal como se observa en el gráfico 2, en la última década, la composición de las muertes maternas ha mostrado un predominio de causas obstétricas directas, a excepción de los años 2007, 2008 y 2013, en estos años donde la mayor proporción de muertes maternas obedeció a causas obstétricas indirectas.

Si se toma en consideración que aproximadamente el 82% de los nacimientos ocurridos en el país cuenta con al menos cuatro consultas prenatales, lo que refleja una adecuada cobertura de este servicio, el predominio de causas obstétricas indirectas en estos años podría haber estado evidenciando deficiencias en el abordaje integral de estas consultas; pues parece ser, que no se logra trascender el seguimiento de parámetros y síntomas propios del desarrollo del estado de gestación, y por tanto, captar de manera oportuna enfermedades cuya evolución suele acelerarse o agravarse por el estado de embarazo y que requieren de un adecuado seguimiento y control.

GRÁFICO 2

Distribución porcentual de las defunciones maternas por causas obstétricas directas e indirectas 2005 - 2014



Al analizar, de manera específica, las causas de las muertes maternas ocurridas en los últimos 5 años, destaca el hecho de que, durante este periodo, uno de los grupos de causas de muerte más representativos fue "*Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte*", el cual incluye enfermedades que complican el embarazo, parto y puerperio, tales como neoplasias, enfermedades del sistema circulatorio: infarto cerebral, aneurismas y miocardiopatías y enfermedades del sistema respiratorio como neumonía, Influenza H1N1, entre otras. Este grupo representó para el 2014 el 38,1% del total de defunciones maternas.

Asimismo, para este año destacan los grupos de causas relacionados con complicaciones de trabajo de parto y parto, 33,3% del total de muertes maternas, además, complicaciones relacionadas con el puerperio y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio; ambas con un peso relativo de 9,5%.

Estos hechos evidencian que las principales causas de muerte materna siguen siendo causas, que en alguna medida, pueden ser detectadas y controladas mediante una oportuna captación en los servicios de control prenatal y mediante una adecuada valoración del riesgo en los servicios de emergencias de los hospitales.

CUADRO 3

**Defunciones maternas por año, según grupos de causa básica de defunción
2010 - 2014**

Grupos de causa básica de defunción	2010	2011	2012	2013	2014
Total	15	17	22	14	21
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	6	5	5	8	8
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	3	1	3	-	7
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	1	2	2	2	2
Complicaciones principalmente relacionadas al puerperio	4	6	2	3	2
Embarazo terminado en aborto	1	1	3	-	1
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	-	2	4	-	1
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	-	-	3	1	-

El rostro de la mortalidad materna

Las condiciones de vida de las mujeres y sus características demográficas, sociales, económicas y culturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de algunas afecciones en su salud, estas condiciones ubican a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad ante la muerte.

Los certificados de defunción recogen una serie de variables de tipo demográfico, social y económico que permiten realizar un primer acercamiento a la caracterización de estas mujeres con el fin de determinar si existen condiciones que actúan como determinantes sociales de la salud, en aras de apoyar el diseño de acciones dirigidas a atenuar dicho efecto.

Uno de los factores que incide en un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, parto o puerperio es la edad, que sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico en general potencializan dicho riesgo.

El efecto de la edad, especialmente la edad avanzada¹, como factor riesgo obstétrico y perinatal ha sido ampliamente estudiado, al respecto Guizar (2014:50) expone en las conclusiones de su tesis de especialidad:

“En base a nuestros resultados podemos concluir que la edad materna avanzada se asocia en nuestro medio a más patología gestacional, mayor tasa de resolución del embarazo vía cesárea, sobretodo en mujeres primíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna fetal, convirtiéndolas en un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada...”

Así mismo, al respecto de los riesgos obstétricos que afectan la salud materna y perinatal, Adorno et al (2011: 207) indica que:

“Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de eventos adversos que son asociados con la edad avanzada”.

En este sentido, al analizar la distribución de las 21 muertes ocurridas en el año 2014 por grupos de edades, tal como se observa en el gráfico 3, se evidencia un mayor aporte de los grupos de 20-29 y 30-39 años, pues el primer grupo aporta 10 eventos y el segundo 9 eventos, representando ambos grupos el 90,5 % de las muertes. El grupo de 40 y más aporta 2 muertes, representando el 9,5 % restante.

1/ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define como “edad materna avanzada” los embarazos ocurridos a los 35 o más años.

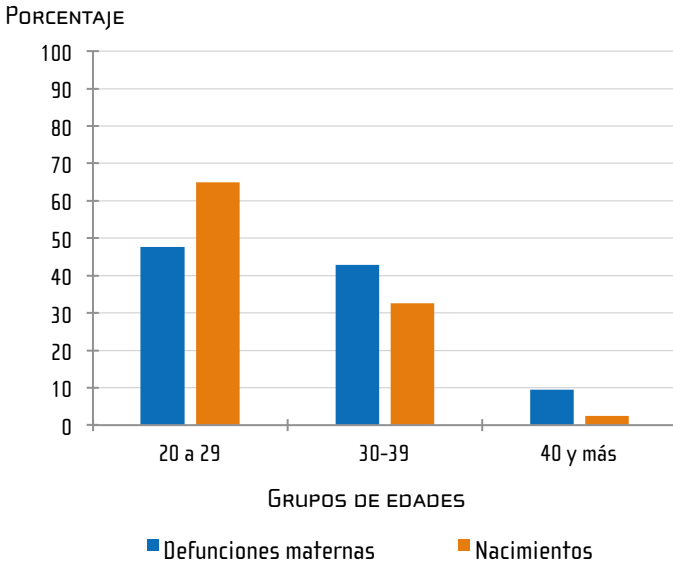
De acuerdo a la estructura de la fecundidad del país, el grupo de edad de 20-29 años es el que mayor proporción de nacimientos aporta y por tanto, el que tiene una mayor población expuesta al riesgo de morir y más probabilidades de que este tipo de evento ocurra. No obstante, también se debe considerar que en términos fisiológicos o anatómicos se considera que esta es la edad idónea en la mujer para afrontar un embarazo y sus implicaciones, por lo que su aporte a la mortalidad materna debe analizarse con cautela.

Por su parte, el importante aporte del grupo de 30-39 y en menor medida del grupo 40 y más, a pesar de su considerable menor representación en los nacimientos, estaría evidenciando una mayor vulnerabilidad de las mujeres conforme avanza la edad.

Este hecho es de vital importancia en términos de políticas públicas, requiere que estos aspectos sean tomados en consideración a la hora de determinar el estado de embarazo de alto riesgo y las medidas de control y seguimiento adecuadas a esta condición.

GRÁFICO 3

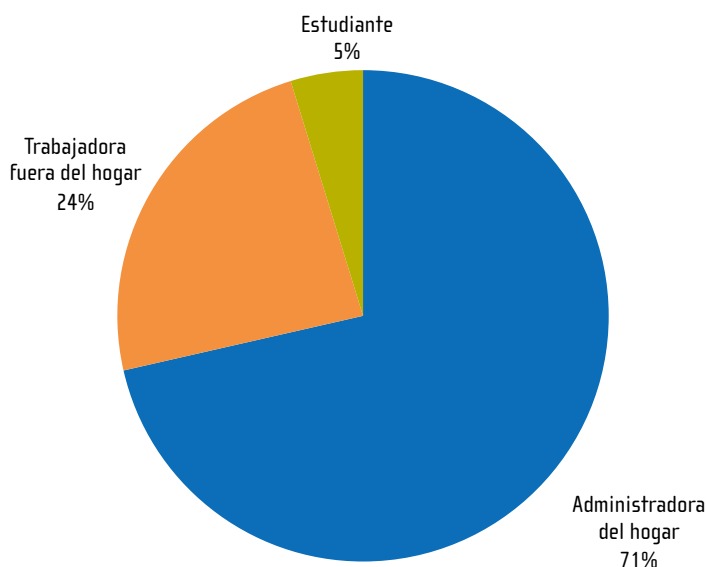
Distribución porcentual de las defunciones maternas por grupos de edades de la fallecida 2014



El contar con un trabajo remunerado generalmente facilita a las mujeres el ejercicio de su autonomía económica, la cual trasciende la independencia financiera, dado que conlleva de manera implícita, el acceso libre a la seguridad social directa. En este sentido, al analizar las muertes maternas por ocupación de la fallecida sobresale el hecho de que 16 de las 21 de estas mujeres no contaba con un trabajo remunerado, (76,2% de las muertes), no obstante, 5 de estas mujeres (23,8%) sí lo tenían.

2/ La autonomía económica se entiende como la capacidad de las personas de generar ingresos propios para satisfacer sus necesidades de subsistencia. De tal forma quien no genera ingresos es pobre aún cuando tenga la posibilidad de acceder a los ingresos de otros, lo cual lo ubica como económicamente dependiente. No sólo son dependientes para su sustento presente, también lo son para la atención de salud y la acumulación de derechos previsionales propios para su vejez. (Bravo, 2009:3)

GRÁFICO 4

**Distribución porcentual de las defunciones maternas por condición de actividad de la fallecida
2014**

Otra variable demográfica que constituye un factor de riesgo asociado a la mortalidad materna es el estado conyugal, de acuerdo al estudio de corte realizado por Pinedo et al (1995) / uno de los factores de riesgo de mayor importancia según su riesgo relativo y significancia estadística fue el estado civil soltera, aún con mayor significancia estadística que otras variables como: alfabetismo, desnutrición, sobrepeso entre otras. En este sentido los autores indican:

3/ Este estudio de cohorte se realizó en el Banco de Datos del Sistema Perinatal del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora de Lima, Perú; consistió en el análisis de 44 eventos de muertes maternas. Para más detalle de este estudio consultar Pinedo et al (1995) "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna". Revista de Ginecología y Obstétrica (Perú) 1995; 41(3):52-4.

“... Precisamente, entre los factores de riesgo, algunas condiciones socioeconómicas expresadas a través del estado civil soltera, bajo nivel de estudios, ocupación en tareas domésticas, falta de servicios sanitarios y nacimientos están muy ligados a la muerte. En el presente estudio, es evidente que el estado civil soltera se comporta como factor deletéreo⁴”. (Pinedo, et al, 1995:4)

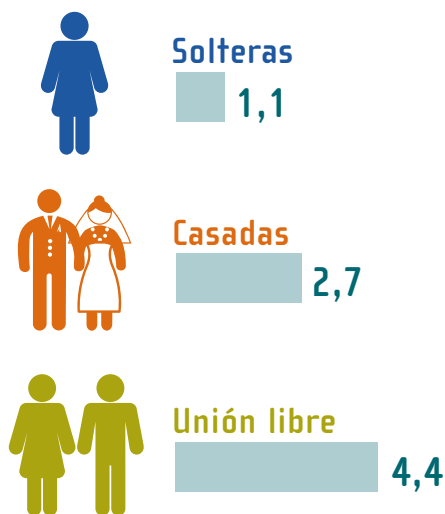
De acuerdo a lo anterior, al analizar la razón de mortalidad materna por estado conyugal de la fallecida para el año 2014, se observa que, caso contrario a lo evidenciado en el estudio de Pinedo, las mujeres unidas tienen una probabilidad de muerte mayor que las solteras.

Tal como se muestra en la figura 1, ocurrieron aproximadamente 4 muertes maternas correspondientes a mujeres en unión libre por cada 10 000 nacimientos, mientras que de mujeres casadas ocurrieron tres y para las solteras 1 por cada 10 000 nacimientos. Por lo que se podría sugerir, que en este caso el hecho de contar con una pareja en esta etapa de la vida reproductiva de la mujer no está asociado a un menor riesgo ante la muerte.

4/ La palabra deletéreo hace referencia a algo venenoso o mortífero (DRAE):2001, 22 Edición.

Figura 1

Razón de mortalidad materna por estado conyugal de la fallecida (por diez mil nacimientos)
2014



Definiciones

Defunción materna: es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Estas se subdividen en:

Defunción obstétrica directa: son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

Defunción obstétrica indirecta: son aquellas que derivan de una enfermedad previamente existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Razón de mortalidad materna: es la relación entre las defunciones maternas ocurridas durante un año calendario y los nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo, por cada diez mil nacimientos.

Causa básica de muerte: corresponde a la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte.

Referencias bibliográficas

Organización Mundial de la Salud (2012) “Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM”, Ginebra, Suiza.

Ministerio de Salud de Costa Rica, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2005) “Salud de las mujeres en Costa Rica, un análisis desde la perspectiva de género”, San José, Costa Rica, Abril 2005.

Organización Panamericana de la Salud (1995) “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud”, volumen 2, 10ª revisión, edición 2008, Washington, D.F.

Referencias en línea:

Guizar N, Ibarra I, (2014) “Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados perinatales adversos en el Hospital Materno Infantil del ISSEMYM en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de julio de 2013” Tesis para optar por especialidad en ginecología y obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14862/1/Tesis.417702.pdf> [Consultado 04 de marzo de 2015]

Andorno M, Bello E, Martearena RE, Abreo GI (2011). “Embarazos en los extremos de la vida y resultados perinatales”; Revista de Posgrado de la 6ª Cátedra de Medicina. Jun 2011; 207:6-10. Recuperado de http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista207/2_207.pdf [Consultado 04 de marzo de 2015]

Bravo. Rosa (2009) "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres", ponencia presentada en el Panel "Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres" del Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad y llevado a cabo los días 28 y 29 de mayo en el Palacio de la Moneda, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/seminario/wp-content/uploads/2009/04/rosabravodoc.pdf> [Consultado 26 de marzo de 2015]

Natalia P. Quintanilla, et all (2003) "Preclampsia", Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina de la Universidad Nacional de Nordeste (UNNE) Argentina, N° 133 de noviembre 2003. Recuperado de <http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm> [Consultado 28 de mayo de 2014]

Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J (1995) "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna" Revista de Ginecología y Obstetrica Perú 1995;41(3):52-4. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_41n3/f_riesgo.htm [Consultado 03 de marzo de 2015]

Secretaria de Salud de México (1992) "Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de sepsis puerperal", México D.F. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico_tratamiento_de_SEPSIS_PUERPERAL/RER_SEPSIS_PUERPERAL.pdf [Consultado 14 de mayo de 2014]

Diccionario médico interactivo, portales médicos.com. Recuperado de http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Flebotrombosis [Consultado 28 de mayo de 2014]

Página Web de la División de Estadística de Naciones Unidas. Recuperado de <http://mdqs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx> [Consultado 19 de marzo de 2015]



INEC, de la Rotonda de La Bandera 450 metros oeste, sobre Calle Los Negritos,
Edificio Ana Lorena, Mercedes de Montes de Oca, Costa Rica.

Correo E.: informacion@inec.go.cr **Apartado:** 10163 - 1000 San José, CR.

Teléfono: 2280 - 9280 ext. 326 - 327 **Telefax:** 2224-2221

Editado: Noviembre 2015