

Morbilidad materna: hospitalización ante-parto

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Rossana Amato, Josmery Faneite

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

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de admisiones antenatales en gestantes portadoras de enfermedades severas que implican un tratamiento intrahospitalario, revelando así la morbilidad materna, además de conocer sus repercusiones perinatales.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico realizado durante el trienio 2008-2010. Hubo 5 815 nacimientos, 1 033 admisiones antenatales, 230 neonatos con morbilidad neonatal y 34 muertes feto-neonatales. Las embarazadas debían tener 20 semanas o más de gestación, hospitalizadas 2 días o más, fueron dadas de alta sin parir y luego regresaron para su asistencia obstétrica definitiva.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Departamento Clínico Integral de la Costa, Universidad de Carabobo. Puerto Cabello.

Resultados: Hubo una incidencia de 17,76 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos o 1 cada 5,6 nacimientos.

Las patologías más frecuentes fueron las propias del embarazo (57,41 %): la amenaza de parto prematuro (18,20 %), preeclampsia (9,78 %), hemorragia placentaria (6,68 %), oligohidramnios (6,58 %) y anemia (5,52 %). Las patologías asociadas al embarazo (33,98 %): infección urinaria (14,13 %) y diabetes (9,49 %) La morbilidad neonatal global fue 22,26 %, aportada principalmente por patologías propias del embarazo: amenaza parto pretérmino (20,43 %), preeclampsia (13,04 %), y hemorragia placentaria (10 %); de las asociadas: infección urinaria 14,35 % y diabetes 14,35 %. La mortalidad feto-neonatal fue de 3,3 %, contribuyendo predominante prematuridad y malformación fetal (29,41 %), preeclampsia (26,47 %), el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa (17,65 %).

Conclusión: Hubo una incidencia elevada de admisiones antenatales, causadas por entidades que obligan a un diagnóstico precoz y a su mejor tratamiento, a fin de disminuir las consecuencias económicas hospitalarias y las serias repercusiones perinatales evidenciadas.

Palabras clave: Patología antenatal. Hospitalización. Morbilidad materna.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of antenatal admissions in pregnant women carrying a severe illness involving hospital management, revealing maternal morbidity, in addition to knowing their impact perinatal outcomes.

Methods: An observational, descriptive, analytical study, made during the 2008-2010 period. There were 5 815 births, 1 033 antenatal admissions, 230 infants with neonatal morbidity and 34 fetal and neonatal deaths. Pregnant women should take 20 weeks or more gestation, hospitalized 2 days or more, were discharged without giving birth and then returned for final delivery care.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Departamento Clínico de la Costa. University of Carabobo. Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

Results: There was an incidence of patients hospitalized antenatally 17.76 per 100 births or 1 in 5.6 children. The most frequent pathologies were typical of pregnancy (57.41 %): preterm delivery threatens (18.20 %), pre-eclampsia (9.78 %), placental hemorrhage (6.68 %), oligohydramnios (6.58 %) and anemia (5.52 %). Pregnancy-associated pathologies (33.98 %): urinary tract infection (14.13 %) and diabetes (9.49 %). Neonatal morbidity rate was 22.26 %, contributed mainly by pathologies of pregnancy: preterm delivery threatens (20.43 %), pre-eclampsia (13.04%), and placental hemorrhage (10 %), associated: urinary tract infection 14.35 % and diabetes 14.35 %. Feto-neonatal mortality was 3.3 %, contributing predominant: prematurity and fetal malformation (29.41 %), pre-eclampsia (26.47 %), abruptio placenta and placenta previous (17.65 %).

Conclusion: There was a high incidence of antenatal admissions caused by entities that require early diagnosis and better management in order to lessen the economic impact and the serious repercussions hospital perinatal evidenced.

Key words: Antenatal pathology. Hospitalization. Maternal morbidity.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la morbilidad materna antenatal está integrado por patologías físicas o psicológicas propias del embarazo, además de aquellas que son agravadas por la gestación; todas tienen la posibilidad de afectar adversamente la salud de la embarazada y su feto. Las embarazadas hospitalizadas antenatalmente se consideran como el primer indicador de morbilidad materna. Esta morbilidad envuelve las complicaciones que se presenten durante la gestación y otras condiciones asociadas con los resultados perinatales (1).

Hasta hace poco en la mayoría de los países el único indicador de los resultados nacionales de la salud materna era la tasa de mortalidad materna (2). Sin embargo, cuando se desea trabajar con base en las prioridades y diseñar intervenciones eficaces para mejorar la salud materna y fetal, la participación de la morbilidad entre mujeres gestantes necesita ser definida, estimada y los factores de riesgo deben ser identificados. En Estados Unidos el programa de "Población sana 2010" y la "Iniciativa para una Maternidad Segura" incluyeron dentro de sus objetivos nuevos indicadores de salud materna, entre ellos la morbilidad materna ante-parto y durante el parto (2-4); en ese país varios estudios han demostrado que las complicaciones durante el embarazo son comunes, y se estima que de los 4 millones de nacimientos anuales, entre 15 % y 25 % de las gestantes son hospitalizadas por lo menos una vez en el ante-parto (5-8), sin embargo, la mayoría de las muertes maternas y las complicaciones graves suceden durante el trabajo de parto y parto (9).

Una baja relación de las admisiones antenatales en comparación a los partos, es un indicador de la calidad de asistencia obstétrica que se presta y del grado de bienestar materno-fetal (10). La salud materna está claramente relacionada con la salud fetal y del neonato. Por lo tanto, la medición de la incidencia de complicaciones es esencial para la población o centro de salud porque nos permite el fortalecimiento de la provisión de servicios (capacitación y contratación de personal, compra de equipos, etc.).

La importancia del tema ha conducido al Ministerio de Salud de Canadá a realizar un análisis a nivel nacional en relación a la hospitalización antenatal (11), su objeto fue estudiar la incidencia y las tendencias temporales de hospitalización durante el embarazo, y proporcionar información adicional sobre la morbilidad materna entre las mujeres canadienses, encontraron que la proporción global de hospitalización prenatal disminuyó un 43 %, pasó de 24 por cada 100 partos en 1991-1992 a 13,6 en

2002-2003, además conocieron las características de las pacientes comprometidas, las patologías involucradas en la etiología y también evaluaron las estrategias y planes de salud que han adoptado para sus embarazadas.

En nuestro país la atención hacia las embarazadas que se hospitalizan antenatalmente ha estado presente, se han estudiado las diversas entidades que la causan en varios centros asistenciales (12-15). En 1994 publicamos una primera serie, reportando las patologías agresoras y su repercusión perinatal (16) y en 2006 se dio a conocer un segundo análisis con población de 2000-2003 (17).

En vista del interés e importancia de todo lo antes expuesto nos propusimos actualizar y conocer la evolución de las circunstancias donde laboramos, y a tal efecto decidimos determinar la incidencia de las admisiones antenatales de las gestantes portadoras de enfermedades que por su severidad implica una conducta intrahospitalaria, revelándose así la morbilidad materna, además de identificar sus repercusiones perinatales.

MÉTODOS

Este estudio tiene carácter observacional, retrospectivo, epidemiológico, analítico realizado durante el trienio 2008-2010. El universo estuvo constituido por las pacientes gestantes consultantes a sala de parto, se presentaron 5 815 nacimientos y se encontraron 1 033 admisiones antenatales, 230 neonatos con morbilidad neonatal y 34 muertes feto-neonatales que llenaron los criterios de nuestros objetivos

Para la inclusión debían ser embarazadas de 20 semanas o más; las que tuviesen más de un parto durante el período, solo se tomó en cuenta el primero. Como hospitalización antenatal se definió la circunstancia en que una paciente es hospitalizada por dos o más días, es dada de alta sin parir y luego regresa para su asistencia obstétrica definitiva.

La hospitalización se relacionó con complicaciones de la gestación, las causas se dividieron en patologías propias del embarazo: toxemia, amenaza de parto prematuro, placenta previa (PP), desprendimiento prematuro placentario (DPP), etc.; patologías asociadas al embarazo: aquellas que el embarazo favorece su desarrollo: diabetes de la gestación, infección urinaria, etc., y ajenas al embarazo: asma, apendicitis, etc.

En el Departamento de estadísticas y registros médicos se procedió a la pesquisa de todas aquellas

MORBILIDAD MATERNA

historias que llenaron los criterios de inclusión, acto seguido se procedió al análisis correspondiente, se determinó la incidencia de las patologías y la morbimortalidad feto-neonatal por patología encontrada.

Los resultados son presentados en cuadros de distribución de frecuencia, expresados en porcentajes y sometidos al análisis descriptivo.

RESULTADOS

Hubo una incidencia de 17,76 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos o 1 cada 5,6 nacimientos.

En los datos demográficos de las pacientes tenemos que la procedencia predominó del Estado Carabobo con el 62,44 %, con residencia urbana en barrios 58,28 % y rural 26,91 %. En cuanto al estado civil encontramos, unión libre solteras en el 77,15 %. El grupo etario prevaeciente fue de 20-24 años 28,94 %, y ≤ 19 (13,07 %); en cuanto a gestaciones la mayoría fueron múltiparas (número de partos) en número II a VII (42,98 %).

En el Cuadro 1 se muestran las admisiones antenatales y las patologías que obligaron a una hospitalización. Las patologías más frecuentes fueron las propias del embarazo (57,41 %): destacan la amenaza de parto prematuro (18,20 %), preeclampsia (9,78 %), hemorragia placentaria (6,68 %), oligohidramnios (6,58 %) y anemia (5,52 %). Las patologías asociadas al embarazo (33,98 %): infección urinaria (14,13 %) y diabetes (9,49 %) y otras. Las ajenas al embarazo (8,61): respiratoria, epilepsia, traumatismo, etc.

Cuadro 1. Admisión antenatal por patologías

Patologías propias	Número 593	Porcentaje 57,41
Amenaza parto pretérmino	188	18,20
Preeclampsia	101	9,78
Hemorragias II-III trimestre	69	6,68
Oligohidramnios	68	6,58
Anemia	57	5,52
Ruptura/fisura prematura de membranas	44	4,26
Otros	66	6,38
Patologías asociadas	351	33,98
Patologías ajenas	89	8,61

El Cuadro 2 expresa la incidencia de la morbilidad neonatal en relación a las patologías maternas. La morbilidad neonatal global fue 22,26 %, aportada principalmente por patologías propias del embarazo: amenaza de parto pre término (20,43 %), preeclampsia (13,04 %), y hemorragia placentaria (10 %); de las asociadas: infección urinaria 14,35 % y diabetes 14,35 %.

Cuadro 2. Morbilidad neonatal por patologías

Patologías	Número	Porcentaje
Amenaza parto pretérmino	47	20,43
Infección urinaria	33	14,35
Diabetes	33	14,35
Preeclampsia	30	13,04
Hemorragia II-III trimestre	23	10
Patologías inmunológicas	14	6,1
Ruptura/fisura prematura de membranas	12	5,22
Oligohidramnios	10	4,34
Otros	28	12,17

La mortalidad feto-neonatal fue de 3,3 %, contribuyendo predominante prematuridad y malformación fetal (29,4%), preeclampsia (26,47 %), el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa (17,65 %) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Mortalidad feto-neonatal por patologías

Patologías	Número	Porcentaje
Prematuridad y malformación fetal	10	29,41
Preeclampsia	9	26,47
Hemorragias II-III trimestre	6	17,65
Diabetes	3	8,82
Incompatibilidad Rh-Enfermedad de Hodking	2	5,88
Patologías inmunológicas	1	2,94
Restricción del crecimiento	1	2,94

DISCUSIÓN

El objetivo de una excelente atención obstétrica es obtener un niño saludable y una madre sana y feliz.

Todo esto es un reto en nuestros medios, donde las estadísticas nos revelan una realidad muy distinta a la que deseáramos; esto lo observamos cuando analizamos lo sucedido en la consulta prenatal, sala de partos, hospitalización y la unidad de cuidados neonatales. Hay un área por demás importante donde encontramos gestantes hospitalizadas sin trabajo de parto, pero con alguna dolencia severa que somete a riesgo el binomio materno fetal.

Hospitalizar a una embarazada implica una decisión médica difícil, en ello está en juego el buen juicio clínico que justifique esa decisión, la disponibilidad de camas clínicas, medicamentos, laboratorios, y demás recursos paraclínicos, elementos que no siempre están a la mano del personal de salud. Vamos a encontrar tres conjuntos de pacientes embarazadas en los ambientes de hospitalización, uno con patologías propias de la gestación, otras en la cual el embarazo favorece su aparición llamadas asociadas, y finalmente enfermedades ajenas al embarazo; en fin de cuentas, ellas revelan un indicador de salud: la morbilidad antenatal, con las patologías que le son comunes a un hospital, región o país. A la postre son todas ellas futuras madres que involuntariamente han dejado su hogares en busca de la salud propia y de su feto.

En este estudio realizado en el hospital regional más importante del Distrito Puerto Cabello hemos encontrado una incidencia de 17,76 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos, dicho de otra manera 1 hospitalización cada 5,6 nacimientos, esta cifra triplica la cifra reportada en la serie previa (6,42 %) que analizó el lapso 2000-2003 (17); la posible explicación es que durante este lapso estudiado ha sucedido una disminución de partos atendidos por problemas estructurales de planta física manteniéndose la hospitalización, otra razón son las debilidades de los trabajos retrospectivos, donde las cifras son realizadas en puntos de referencia a ser interpretados con cautela, es especial en nuestros medios donde los sub-registros estadísticos son frecuentes, esta realidad nos impidió determinar la incidencia en un primer reporte de los años 1991-1993 donde se revisaron 2 280 historias y solo se encontraron 256 casos (16).

En Estados Unidos se han realizado varios estudios con carácter nacional y una metodología algo distinta, ellos reportan que durante el lapso 1986-1987 se hospitalizaron 22 gestantes por cada cien partos (5); luego para 1991-1992, hallan incidencia de 18 hospitalizadas por cada cien partos (8), y finalmente para 1999-2000, encuentran 12,8 por cada cien

partos (1), concluyen que se ha sucedido un descenso de incidencia, que pudiera deberse a cambios de conductas terapéuticas ambulatorias y sub-registros. En esa misma nación, Adams y col. (6), en gestantes que presentaban servicio militar en el lapso 1987-1990 reportaron que 26,8 de ellas por cada cien partos se hospitalizaron antenatalmente y Gazmararian y col. encontraron 8 por cien partos (18). Scott y col. en California (7), durante 1987-1992 analizaron cerca de ochocientos mil hospitalizaciones, revelaron una incidencia de 25 gestantes hospitalizadas complicadas por cada 100 partos. Más reciente han publicado cifras nacionales dando énfasis a las hospitalizaciones en gestantes por accidentes cerebro-vasculares (19).

En Canadá se realizó un estudio a nivel nacional incluyó una base de datos de 3 103 365 nacimientos y todos los hospitales, excepto los ocurridos en Manitoba y Quebec, encontraron que la tasa global de hospitalización prenatal para el período 1991-1992 fue de 43 %, y para 2002-2003 bajó a 13,6 %, es decir, disminuyó 43 % (11), lo justifican en gran parte de sus programas preventivos de salud. Otro estudio descriptivo epidemiológico usando toda la data nacional de España del período 1997-2007 reportó que hubo 4 506 449 nacimientos, revelando 11,86 hospitalizaciones antenatales por cada cien nacimientos (20).

En cuanto a las indicaciones de hospitalización en este trabajo evidenciamos que más de un tercio de los casos (34,66 %) fue motivado por tres patologías propias de la gestación: amenaza de parto prematuro (18,20 %), preeclampsia (9,78 %) y sangrado vaginal de origen placentario (6,68 %); en las dos series anteriores encontramos las mismas patologías pero con una participación variable (16,17); es decir, con este nuevo hallazgo podemos concluir que hemos identificado a las tres principales entidades nosológicas que nos obligan a recluir anticipadamente a las futuras madres en el hospital de la región, y hacia las cuales se debe dirigir una atención sanitaria espacial preventiva y curativa.

En el Servicio de Medicina de la Maternidad de Valencia, Venezuela, Sukerman y col. en 1994 (14), analizaron 450 embarazadas hospitalizadas, encontraron que la incidencia de patología no obstétrica pura fue 17,2 % y mixta 17,4 %. Las causas fueron hipertensión arterial 11,7 %, seguida de infección urinaria 5,2 %; como causa obstétrica: la cesárea anterior 16,1 %, seguida de amenaza de parto prematuro 13,23 %, luego rotura prematura de membranas (RPM) y fisura de membranas 10,76 %. Corrochano y col. (15), en el mismo servicio revisó

1 303 historias en el período 1989-1993, halló como primeras causas de hospitalización la hipertensión e infección urinaria, ellas fueron responsables de más del 80 % de las hospitalizaciones.

En latitudes internacionales, Franks y col. (5), Adams y col. (6) encuentran las referidas entidades nosológicas como principales indicaciones. Para Scott y col. (7), las admisiones fueron por amenaza de parto prematuro (33 %), infección genital y urinaria (16 %) y la hipertensión inducida por la gestación (15 %). Para Brooten y col. (21), las más frecuentes fueron amenaza de parto prematuro, diabetes y preeclampsia. Adelson y col. (22), atribuyen a la hipertensión (17,6 %), amenaza de parto prematuro (14,1 %) y hemorragia anteparto (14 %). El referido estudio canadiense (11), reportó la amenaza de parto prematuro, hemorragia antenatal y desórdenes hipertensivos como las tres primeras causas.

Discutir en este estudio los hallazgos relativos a la morbilidad y mortalidad materno-fetal es de interés particular, pues estamos conociendo hasta donde estas entidades patológicas repercuten en los resultados perinatales de estas futuras madres. La morbilidad neonatal global fue 22,26 %, es decir, de cada diez ingresos dos tuvieron alguna morbilidad, esta cifra duplica lo reportado en la serie anterior (10,63 %), esta fue aportada principalmente por patologías propias del embarazo: amenaza de parto pretérmino (20,43 %), preeclampsia (13,04%) y hemorragia placentaria (10 %), cifras semejantes al estudio previo (17). De las patologías asociadas destacan: infección urinaria 14,35 %, diabetes 14,35 %, y oligoamnios (11,45 %). Esta incidencia de morbilidad es realmente elevada lo que le da peso a cualquiera actividad preventiva y terapéutica en el ataque a este grupo de patología liderada por la prematuridad.

La mortalidad feto-neonatal global fue de 3,3 %, dicho de otra manera, casi 4 casos por cada 100 ingresos, esta cifra duplica lo reportado en la serie anterior donde se encontró 1,5 % (17). En esta oportunidad dependió predominante de prematuridad y malformación fetal (29,41 %), la preeclampsia (26,47 %) el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa (17,65 %), todas estas entidades son altamente feticidas, y son prácticamente las mismas señaladas en el estudio previo (17), incluso en otro trabajo de análisis de mortalidad perinatal en este hospital (23), encontramos que las patologías antes referidas ocuparon las principales causas de mortalidad perinatal.

Cuando estudiamos la salud de las madres, infantes y niños en nuestra población estamos

conociendo el estado de salud de un segmento vital de nuestro país, sirve como análisis predictivo de la salud para la próxima generación. De manera que si una gestante se hospitaliza por razones distintas al parto debe ser motivo de preocupación y análisis exhaustivo por las posibles consecuencias sobre ella y su futuro niño. A mayor número de camas ocupadas por este tipo de paciente, se infiere que la calidad de servicios preventivos y de salud materna es deficiente, de lo cual se estima que se está invirtiendo el presupuesto hospitalario en una medicina curativa que es más costosa. Esta es la razón por la cual se ha tomado como indicador de morbilidad materna a las hospitalizaciones antenatales, y en consecuencia se le preste una diligente atención, por lo cual es conveniente realizar evaluaciones periódicas. Es nuestra opinión que cada hospital o región debe hacer este tipo de estudio epidemiológico secuencialmente, todo con el fin de conocer su particular condición de salud, además de identificar las patologías particulares y de esta manera poder atenderlas con mayor énfasis, evitando extrapolar cifras o hallazgos de otras poblaciones o latitudes que muchas veces no son muy valederas para sus pacientes.

Podemos concluir expresando que en el presente estudio hemos detectado una cifra elevada de hospitalizaciones ante-parto, en consecuencia elevada morbilidad, que tiene como origen a un grupo específico de patologías que nos están causando una destacada repercusión en la morbi-mortalidad perinatal. Con estos conocimientos deben reorientarse los objetivos y estrategias de programas de salud reproductiva en los enfoques académicos, asistenciales y de investigación. Si implementamos la detección de factores de riesgo y atención a estos grupos de alto riesgo se pueden mejorar los resultados perinatales (7). Las hospitalizaciones pudieran disminuirse con educación de la paciente, aumentando pesquisas y realizando una vigilancia diligente de signos y síntomas precoces (21). Las unidades de cuidado antenatal ambulatorias se han sugerido como un recurso asistencial valedero con una programación integral (24).

REFERENCIAS

1. Bacak S, Callaghan W, Dietz P, Crouse CH. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:592-597.
2. US. Department of Health and Human Services. Public health service. Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Washington: Government Printing Office. p 377.

3. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2000. Disponible en: <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=26> (Consultado 22-1-2012)
4. Safemotherhood initiative. Announcing the partnership for safe motherhood and newborn health. May 2004. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/priorities/index.html> (Consultado 22-1-2012)
5. Franks A, Kendrick J, Olson D. Hospitalization for pregnancy complications, United States, 1986 and 1987. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:1339-1344.
6. Adams M, Harlass F, Sarno A, Read J, Rawlings J. Antenatal hospitalization among enlisted service women, 1987-1990. *Obstet Gynecol.* 1994;84:35-39.
7. Scott CL, Chavez GF, Atrash HK, Taylor DJ, Shah RS, Rowley D. Hospitalizations for severe complications of pregnancy, 1987-1992. *Obstet Gynecol.* 1997;90:225-229.
8. Bennett T, Kotelchuck M, Cox C, Tucker M, Nadeau D. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States in 1991 and 1992: A comprehensive view of maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:346-354.
9. Berg C, Atrash H, Koonin L, Tucker M. Pregnancy-related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet Gynecol.* 1996;88:161-167.
10. Little RE, Little AS, Chislovska N, Hulchiy OP, Monaghan SC, Gladen BC. Hospital admissions during pregnancy in two urban areas of Ukraine. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15:323-327.
11. Liu S, Heaman M, Sauve R, Liston R, Reyes F, Bartholomew S, et al. An analysis of antenatal hospitalization in Canada, 1991-2003. *Matern Child Health J.* 2007;11:181-187.
12. Sukerman E. ¿Por qué un Servicio de Medicina Interna de la maternidad? *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1979;34:199-200.
13. Essenfeld-Sekler E, Contreras J, Sáenz A. Patología médica del embarazo en un departamento de medicina interna. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:39-45.
14. Sukerman E, Anka J, Mata M, Martínez K, Gracia C, Martínez E, et al. Características clínicas epidemiológicas de 1 000 pacientes de la Maternidad del Hospital Central de Valencia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;55:215-222.
15. Corrochano de Mago A, Sukerman E, Martínez E, Guardia C. Patología no obstetricia y embarazo. Experiencia del SMIM (1989-1993). *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;55:193-200.
16. Faneite P, Santaella L, Leonardo L. Hospitalización antenatal. Importancia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1995;54:17-20.
17. Faneite P, María González M, Menezes W, Faneite J, Fernández A, Rivera C, et al. Incidencia y morbilidad en embarazadas hospitalizadas por patología antenatal entre 2000 y 2003 en el Hospital Distrital de Puerto Cabello, Venezuela. *MÉDICAS UIS.* 2006;19:83-87.
18. Gazmararian J, Petersen R, Jsmieson D, Schield L, Adams M, Deshpande A, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol.* 2002;100:94-100.
19. Kuklina EV, Tong X, Bansil P, George MG, Callaghan WM. Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United States from 1994 to 2007: Reasons for concern? *Stroke.* 2011;42:2564-2570.
20. Ahijado-Porres A, Vernich-Oliver M, Veloso-Carrasco C, Gil-Prieto R, Gil-de Miguel A. Hospitalizations during pregnancy in Spain in 1997-2007. *Enferm Clin.* 2011;21:91-98.
21. Brooten D, Kaye J, Poutasse SM, Nixon-Jensen A, McLean H, Brooks LM, et al. Frequency, timing, and diagnoses of antenatal hospitalizations in women with high-risk pregnancies. *J Perinatol.* 1998;18:372-376.
22. Adelson PL, Child AG, Giles WB, Henderson-Smart DJ. Antenatal hospitalisations in New South Wales, 1995-96. *Med J Aust.* 1999;170:211-215.
23. Faneite P. Impacto de la asistencia perinatal en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, Venezuela. *Gac Méd Caracas.* 1988;46:15-55.
24. Kroner C, Turnbull D, Wilkinson C. Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD001803.

Correo electrónico: faneitep@cantv.net

...Viene de página 82

- La historia clínica recomendada para la atención de víctimas se encuentra en el anexo III de este Relato.
- Los estándares forenses deben ser una guía que describa paso a paso el proceso médico legal integral, que incluya, entrevista única, pericia psicológica, pericia médica, recolección y análisis de las evidencias con fines de salud y con fines forenses, conforme aparece en este Relato.
- Los estándares legales deben ser parte de un proceso que cumpla con las reglas regionales, que tenga un enfoque victimiológico, que no lleve a la victimización secundaria, que evite la confrontación con el agresor, su declaración obligatoria y que garantice la protección de la integridad física y reinserción social de las víctimas.

Continúa en página 102