



OBJN  
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

UFF

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Riesgos reproductivos y cuidados integrales a las embarazadas con síndromes hipertensivos: estudio transversal

Rozânia Bicego Xavier<sup>1</sup>, Claudia Bonan<sup>1</sup>, Aline Carvalho Martins<sup>1</sup>,  
Kátia Silveira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar el perfil sociodemográfico y del riesgo reproductivo de las embarazadas con historia de síndromes hipertensivos, así como las condiciones clínicas y obstétricas y las características de la asistencia ofrecida, durante el prenatal, parto y postparto, en una maternidad de alto riesgo. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, utilizando prontuarios de 164 embarazadas. **Resultados:** Predominan mujeres adultas, negras, con escolaridad y renta baja, múltiparas y con múltiples factores de riesgo reproductivo. Se observó un acompañamiento insuficiente, clínico y nutricional en el prenatal, niveles de presión arterial altos en el momento del parto y poca atención al planeamiento reproductivo en el postparto. **Discusión:** Los cuidados dispensados en la maternidad son insuficientes para atender las necesidades de salud de las mujeres, indicando fragmentación y discontinuidad. Para una mayoría, son evidenciadas situaciones combinadas de vulnerabilidad individual, social y programática. **Conclusión:** Atender a las necesidades de salud reproductiva de estas mujeres exige: integración, coordinación y continuidad de los cuidados; capacitación profesional para conducir los riesgos; transformación de las situaciones de vulnerabilidad.

**Descriptores:** Atención Integral de Salud; Hipertensión; Embarazo de Alto Riesgo.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, un conjunto de transformaciones ocurridas en nuestro país han impactado favorablemente los indicadores de salud reproductiva. Sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal todavía continúan elevadas, reflejándose tanto en problemas de acceso y en la calidad de la asistencia, como en la persistencia de desigualdades sociales y regionales, situaciones que generan vulnerabilidades y perjudican el ejercicio de los derechos reproductivos<sup>(1)</sup>. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal son eventos centinelas, manifestaciones visibles de una cadena de eventos, vivencias y circunstancias, donde los peligros a la salud se instalan y muchas veces se concretizan, y están determinados no solamente por factores biológicos o ambientales, sino también por factores socioculturales e institucionales.

Muchas embarazadas llegan a los servicios presentando agravios que podrían haber sido evitados, detectados, tratados o controlados antes del embarazo o en una fase precoz<sup>(2)</sup>. La asistencia a la salud y al planeamiento reproductivo de mujeres no embarazadas con histórico de morbididades como hipertensión, diabetes, SIDA, aloinmunización o antecedentes de neomuerto o natimuerto es negligenciada. Esto las expone a repetidas gestaciones en condiciones desfavorables, riesgos y desenlaces negativos en varios embarazos<sup>(3)</sup>. Muchas morbididades o condiciones de riesgo pre-existentes al embarazo podrían ser controladas, propiciando mejores resultados maternos y neonatales en gestaciones futuras<sup>(4)</sup>. Este es el caso de las embarazadas con historia de hipertensión crónica y/o antecedente de enfermedad hipertensiva específica de la gestación(DHEG).

Los síndromes hipertensivos en el embarazo constituyen unas de las principales causas

de mortalidad y morbilidad materna grave en nuestro país<sup>(5)</sup>. Ellos se presentan de diversas formas pudiendo ser parte de un cuadro de hipertensión crónica previa o una hipertensión desarrollada en el transcurso del embarazo, cursar o no con pre-eclampsia o eclampsia. Estas dos últimas condiciones también pueden manifestarse sin historia previa de hipertensión, pero son indicativas de riesgos en una próxima gestación<sup>(6)</sup>.

En nuestro país, la prevalencia de hipertensión en mujeres en edad reproductiva es significativa. Datos oficiales muestran que 9,7% de las mujeres de 18-24 años, 15,4% de 25-34 años y 21% de 35-44 años tienen diagnóstico médico previo de hipertensión<sup>(7)</sup>. Estos datos señalan la necesidad de atención y cuidados integrales que se le debe dar a la salud reproductiva, sea antes, durante o después del embarazo de las mujeres con hipertensión crónica y/o historia de síndromes hipertensivos desarrolladas en gestaciones anteriores.

El Ministerio de la Salud ha desarrollado directrices y acciones programáticas para abordar a las mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo y ha invertido en la instalación de una red de servicios específicos<sup>(6)</sup>. Sin embargo, la implantación de estas acciones es una tarea aún inconclusa, restando el desafío del desarrollo de líneas de cuidados integrales para las mujeres en edad reproductiva y específicamente, para aquellas que tienen historia de síndromes hipertensivos.

En este artículo, se presentan los resultados de un estudio basado en una revisión de prontuarios de embarazadas con historia de síndromes hipertensivos, atendidas en una maternidad de alto riesgo. Dicho estudio objetivó analizar el perfil sociodemográfico y de riesgo reproductivo, las características de la asistencia ofrecida y las condiciones clínicas y obstétricas de las gestantes con historia de síndromes hiper-

tensivos atendidas en una maternidad de alto riesgo, durante el prenatal, parto y postparto. Los resultados del estudio pueden ser relevantes a la discusión de líneas de cuidados en salud reproductiva para mujeres con historia de síndromes hipertensivos, en una perspectiva integral.

## MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, realizado en una maternidad de referencia para riesgo gestacional en la ciudad de Rio de Janeiro. Se utilizó un banco de datos creado en un estudio anterior<sup>(8)</sup>, con informaciones sociodemográficas, reproductivas, clínicas y obstétricas de 3.440 embarazadas matriculadas en esa maternidad entre enero de 2006 y diciembre de 2008. En el presente estudio, se incluyeron todas las 164 embarazadas que tenían registro de hipertensión en el embarazo actual, hipertensión en embarazo anterior y/o hipertensión crónica. Los prontuarios de las mujeres fueron revisados para confirmación del diagnóstico de síndrome hipertensivo, definición del tipo de enfermedad hipertensiva (antecedente de DHEG, pre-eclampsia y/o eclampsia; historia obstétrica actual de DHEG, pre-eclampsia y/o eclampsia; hipertensión crónica) y recolección de informaciones sociodemográficas, riesgos reproductivos, condiciones clínicas y obstétricas y características de la asistencia ofrecida en la unidad de referencia, durante el prenatal, parto y post-parto.

Para sistematizar el tratamiento de ese material fue creado un banco de datos específico con el programa Epi info, versión 3.5.3. Las variables del estudio fueron descritas a través de porcentajes. Para describir el perfil del riesgo reproductivo, las informaciones clínicas y obstétricas recolectadas en los prontuarios fueron reagrupadas, teniendo como base la

clasificación sugerida por el Ministerio de la Salud: a) características individuales y condiciones sociodemográficas desfavorables, b) historia reproductiva anterior, c) condiciones clínicas preexistentes y complicaciones clínicas, d) enfermedad obstétrica en el embarazo actual<sup>(6)</sup>.

El estudio observó las normas éticas de la Resolución 466/12 de la Comisión Nacional de Ética en Pesquisas y fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la unidad de referencia para alto riesgo en 02/09/2009 (Parecer nº 0066/09). Fue asegurado el sigilo sobre la identidad de las mujeres.

## RESULTADOS

La edad de la población estudiada varió de 15 a 46 años. La mayoría de las mujeres se concentraba entre los 20 y los 35 años (61,0%), seguidas por mujeres con edad materna avanzada (32,3%) y adolescentes (6,7%). Mujeres negras y pardas correspondieron a 62,8% de la población estudiada y 56,1% vivían con maridos o compañeros. En mayoría, las mujeres residían en el municipio de Rio de Janeiro (59,1%) y las demás en otros municipios o estados (Tabla 1).

Mitad de las mujeres presentaba baja escolaridad, teniendo, en máximo, la enseñanza fundamental completa, y 50,6% declararon renta familiar menor o igual a tres salarios mínimos, incluyendo 8,5% cuyas familias vivían con menos de un salario. En mayoría, las mujeres se dedicaban al hogar (39,6%) o tenían ocupaciones elementares como doméstica, niñera o auxiliar de servicios generales (25,6%) (Tabla 1).

Un total de 84,8% de las mujeres eran multiparas (dos o más embarazos, incluyendo el actual). Cuanto a la paridad, 20,7% eran nulíparas, 58,5% refirieron uno o dos partos y 20,7% tenían en lo mínimo tres partos (datos no presentados en tabla).

**Tabla 1** – Distribución proporcional de las características sociodemográficas de embarazadas con historia de síndromes hipertensivos atendidas en una maternidad de alto riesgo. Rio de Janeiro, 2006-2008.

	Número total de mujeres=164	
	N	%
<b>Edad</b>		
15-19 años	11	6,7
20-35 años	100	61
36-46 años	53	32,3
<b>Color</b>		
Blanca	57	34,8
Negra	48	29,3
Parda	55	33,5
No informado	4	2,4
<b>Estado civil</b>		
Unida	92	56,1
No unida	70	42,7
No informado	2	1,2
<b>Local de residencia</b>		
Otro municipio/estado	67	40,9
Rio de Janeiro	97	59,1
<b>Escolaridad</b>		
Enseñanza Fundamental incompleta o completa	82	50
Enseñanza media incompleta o completa	61	37,2
Superior incompleto o incompleto	16	9,8
No informado	5	3
<b>Renta familiar</b>		
Menos de 1 salario mínimo	14	8,5
1-3 salarios mínimos	83	50,6
4 o más salarios mínimos	52	31,7
No informado	15	9,1
<b>Ocupación actual <sup>1</sup></b>		
Profesionales de las ciencias y de las artes	12	7,3
Trabajadores de servicios administrativos	12	7,3
Trabajadores de los servicios, dependientes del comercio en tiendas y mercados	13	7,9
Ocupaciones elementares	42	25,6
Del hogar	65	39,6
Estudiante	7	4,3
Otros <sup>2</sup>	7	4,3
No informado	6	3,7

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

<sup>1</sup> Utilizamos la Clasificación Brasileña de Ocupación Domiciliar, dispuesto por el IBGE, para aquellos que ejercían

actividades laborales. Aquellas sin vínculo laboral fueron clasificadas conforme su naturaleza.

<sup>2</sup> Técnicos de nivel medio, trabajadores de producción de bienes y servicios industriales, miembros de las fuerzas armadas, policiales y bomberos militares y comerciantes.

En relación al perfil del riesgo reproductivo de las embarazadas, el aborto espontáneo fue relativamente frecuente en esa población. Cerca de 31,7% informaron algún episodio; 3,7% tuvieron esa experiencia dos o más veces (aborto habitual), y abortos en condiciones inseguras fueron registrados en 10,4% de los casos. Antecedentes de neomuerto y/o natimuerto fueron verificados en 23,2%. La ocurrencia de gemelos en el embarazo actual se dio en 3,0% de los casos y 3,7% en embarazos anteriores. Entre otras condiciones clínicas y enfermedades obstétricas en el embarazo actual se verificó también la existencia de ginecopatías en 5,5%, isoimmunización Rh en 6,1% y translucencia de la nuca alterada en 3,0% de las embarazadas. Otras patologías fueron registradas con incidencia inferior a 2,0%. Malformaciones fetales en el embarazo actual o previo atingieron más de 20% de los casos (Tabla 2).

A los riesgos reproductivos descritos encima, se sobreponen las historias de síndrome hipertensivo que, coherente con los criterios de inclusión en el estudio, concierne a toda la población analizada. Fueron observados antecedentes de DHEG, pre-eclampsia y/o eclampsia en 37,2% de las embarazadas; en el embarazo actual, estas mismas patologías aparecen en 10,4% y la hipertensión crónica en 61,0% (Tabla 2).

Un total de 31,1% de mujeres con historia de antecedente de DHEG, pre-eclampsia y eclampsia se matricularon en la unidad de referencia con menos de 14 semanas, 27,9% entre 14 y 19 semanas, 37,7% entre 20 y 30 semanas y 3,3% iniciaron el prenatal con más de 30 semanas de gestación. Entre las embarazadas con historia de hipertensión crónica (61% de

la población estudiada), 39% se matricularon con menos de 14 semanas, 23% entre 14 y 19 semanas, 25% entre 20 y 30 semanas y 13% iniciaron el prenatal en la unidad especializada en embarazo de alto riesgo tardíamente, después de las 30 semanas de gestación. Estos hallazgos muestran que la mayoría de las mujeres con riesgos reproductivos que podrían ser identificados en el primer trimestre del embarazo, llegaron al servicio especializado en el segundo o tercer trimestre.

**Tabla 2** – Perfil del riesgo reproductivo de embarazadas con historia de síndromes hipertensivos atendidas en una maternidad de alto riesgo. Rio de Janeiro, 2006-2008

	Número total de mujeres=164	
	N	%
<b>Características individuales y sociodemográficas desfavorables</b>		
Edad mayor que 35 años	53	32,3
<b>Historia reproductiva anterior</b>		
Antecedente de DHEG, pre-eclampsia y/o eclampsia	61	37,2
Antecedente de aborto espontáneo	52	31,7
Antecedente de neomuerto y/o natimuerto	38	23,2
Antecedente de aborto en condiciones inseguras	17	10,4
Antecedente de malformaciones fetales	14	8,5
Aborto habitual	6	3,7
Antecedente de gemelos	6	3,7
<b>Condiciones clínicas preexistentes e complicaciones clínicas</b>		
Hipertensión crónica	100	61
Ginecopatías	9	5,5
Otras enfermedades crónicas	8	4,9
Toxoplasmosis	3	1,8
Diabetes previa	2	1,2
HIV	2	1,2
Obesidad mórbida	2	1,2
Cardiopatía	1	0,6
Citomegalovirus	1	0,6
Clamidia	1	0,6
Rubéola	1	0,6
Vasculopatías	1	0,6

Enfermedad obstétrica en el embarazo actual		
Malformaciones fetales	21	12,8
DHEG, pre-eclampsia y/o eclampsia	17	10,4
Isoinmunización Rh	10	6,1
Gemelos	5	3
Translucencia de la nuca alterada	5	3
Diabetes gestacional	3	1,8
Incompetencia istmo-cervical	3	1,8
Incompatibilidad Rh	3	1,8
Síndrome genética	3	1,8
Desvío cuanto al crecimiento uterino y volumen de líquido amniótico	1	0,6

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

En la admisión del prenatal, casi 30% de las embarazadas presentaban niveles de presión arterial altos y del total de la población estudiada, 6,1% presentaban formas acentuadas de hipertensión, con niveles mayores o iguales a 160x110 mmHg. El uso de medicamento anti-hipertensivo en el momento de la admisión en el prenatal fue relatado por 37,2%, porcentual bien inferior a aquel de mujeres que se declararon hipertensas crónicas (61%). Muchas mujeres (87,8%) refirieron antecedente familiar de síndrome hipertensivo (Tabla 3).

El uso de alcohol en el embarazo actual fue relatado por 10,4% de las mujeres y tabaquismo por 11,6%. En relación al estado nutricional, 58,5% de las mujeres presentaron sobrepeso u obesidad. Dos tercios de las mujeres declararon que no habían planeado el embarazo (Tabla 3).

Durante el prenatal en la unidad de referencia, más de dos tercios de las mujeres realizaron seis o más consultas obstétricas y pasaron por actividades educativas; solamente en 40,9% de los prontuarios hacia registro de consulta con médico clínico y 14,0% con nutricionista. En el transcurso del embarazo actual, 25,6% necesitaron internarse por complicaciones hipertensivas.

**Tabla 3** - Características de la asistencia prestada y condiciones clínicas y obstétricas de embarazadas con historia de síndromes hipertensivos, atendidas en una maternidad de alto riesgo, durante el prenatal. 2006-2008.

	Número total de mujeres=164	
	N	%
<b>Edad gestacional en semanas del inicio del prenatal</b>		
Menos de 14	56	34,1
14-19	38	23,2
20-24	23	14
25-30	24	14,6
Más de 30	23	14
<b>Presión arterial (PA) en la admisión en el prenatal<sup>1</sup></b>		
PA<140x90 mmHg	115	70,1
PA>ó=140x90 mmHg até 150x100 mmHg	39	23,8
PA>ó=160x110 mmHg	10	6,1
<b>Uso de alcohol</b>		
Sí	17	10,4
No	147	89,6
<b>Tabaquismo</b>		
Sí	19	11,6
No	145	88,4
<b>Estado nutricional</b>		
Desnutrición	4	2,4
Eutrofia	64	39
Sobrepeso	35	21,3
Obesidad	61	37,2
<b>Planeamiento del embarazo</b>		
Sí	56	34,1
No	108	65,9
<b>Antecedente familiar de síndrome hipertensivo</b>		
Sí	144	87,8
No	20	12,2
<b>Participó de actividad educativa</b>		
Sí	112	68,3
No	52	31,7
<b>Registro de consulta con clínico</b>		
Sí	67	40,9
No	97	59,1
<b>Registro consulta con nutricionista</b>		
Sí	23	14
No	141	86
<b>Número de consultas obstétricas en el prenatal de la maternidad</b>		
1	13	7,9
2/3	25	15,2

4/5	16	9,8
6 o más	110	67,1
<b>Internación en el embarazo actual por síndrome hipertensivo</b>		
No	105	64
Pre-eclampsia y/o eclampsia	3	1,8
Otros Síndromes hipertensivos	39	23,8
No informado	17	10,4
<b>Uso de medicamento anti-hipertensivo en el momento de la admisión en el prenatal</b>		
Sí	61	37,2
No	103	62,8
<b>Prenatal fue interrumpido</b>		
No	135	82,3
Desapareció	23	14
Encaminada para otra unidad	2	1,2
Optó por prenatal en otra institución	4	2,4

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

<sup>1</sup>Cuando la presión arterial sistólica o diastólica ultrapasó los límites de nivel, los datos fueron organizados en el nivel posterior.

Se observó que 14,0% de las mujeres descontinuaron el atendimento en la unidad, sin mencionar haber sido encaminadas o haber optado por el prenatal o el parto en otra institución (Tabla 3). De la población estudiada, 123 embarazadas (75%) parieron en la unidad. En la internación para parir, 52% de esas mujeres estaban hipertensas y 13,8% presentaban hipertensión acentuada, con presión arterial mayor o igual a 160 x 110 mmHg (Tabla 4). La mayor parte de los partos (58,5%) evolucionó sin complicaciones, y 35,8% de las complicaciones estaban relacionadas a la hipertensión. La cesárea fue realizada en 71,5% de las mujeres. El puerperio evolucionó sin complicaciones en 75,6% de los casos y las complicaciones registradas se relacionaban, principalmente, con complicaciones hipertensivas (Tabla 4).

Más de la mitad de los recién nacidos (51,2%) presentó buen estado general, 13,8% eran prematuros, asociado o no al bajo peso, 6,5% eran malformados, 4,9% presentaron bajo peso y 4,1% sufrimiento fetal. En el alta, 60,2% de las mujeres salieron con el bebé, después de

estar internada por lo menos cuatro días (74,8% de los casos). En el prontuario, en las anotaciones de alta hospitalaria, no había registro de encaminamiento para el clínico en 78,9% de los casos (Tabla 4).

De las 123 embarazadas que tuvieron el hijo en la unidad, 28 (22,8%) no volvieron para hacer el post-parto (Tabla 4). Entre las 95 que comparecieron al post-parto, 33,7% se encontraban con niveles tensionales igual o mayor que 140x90 mmHg hasta 150x100 mmHg, y 6,3% presentaban presión arterial mayor o igual a 160x110 mmHg. Dos hallazgos llama la atención: 14,7% de las puérperas que realizaron el post-parto no tuvieron su presión arterial medida y en 61,0% de los casos no había registro de encaminamiento para el clínico (datos no presentados en la tabla). En el post-parto, solamente 55,8% de las mujeres que comparecieron a la consulta fueron encaminadas al planeamiento familiar (datos no presentados en la tabla).

**Tabla 4** - Característica de la asistencia prestada y condiciones clínicas y obstétricas de las embarazadas con historia de síndromes hipertensivos, atendidas en una maternidad de alto riesgo, durante el parto y el post-parto. 2006-2008.

	Número total de mujeres = 1232	
	N	%
<b>Presión arterial (PA) en la admisión para el parto<sup>1</sup></b>		
PA < 140x90 mmHg	59	48
PA > ó = 140x90 mmHg hasta 150x100 mmHg	47	38,2
PA > ó = 160x110 mmHg	17	13,8
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	34	27,6
Cesárea	88	71,5
Fórceps	1	0,8
<b>Tipo de complicaciones materna en el trabajo de parto y parto</b>		
Relacionadas a los síndromes hipertensivos	44	35,8

No relacionadas a los síndromes hipertensivos	7	5,7
Sin complicaciones	72	58,5
<b>Tipo de complicaciones puerperales</b>		
Relacionadas a los síndromes hipertensivos	21	17,1
No relacionadas a los síndromes hipertensivos	9	7,3
Sin complicaciones	93	75,6
<b>Días de internación para el parto</b>		
02 o 03	31	25,2
4 o más	92	74,8
<b>Registro de encaminamiento para el clínico en el alta hospitalaria</b>		
Sí	26	21,1
No	97	78,9
<b>Compareció al post-parto</b>		
Sí	95	77,2
No	28	22,8
<b>Presión arterial (PA) en el post-parto 1</b>		
PA < 140x90 mmHg	49	39,8
PA > ó = 140x90 mmHg hasta 150x100 mmHg	26	21,1
PA > ó = 160x110 mmHg	6	4,9
No verificada PA	14	11,4
No compareció al post-parto	28	22,8
<b>Registro de encaminamiento para el clínico en el post-parto</b>		
Sí	37	30,1
No	58	47,1
No compareció al post-parto	28	22,8
<b>Encaminada al planeamiento familiar en el post-parto</b>		
Sí	53	43,1
No	42	34,1
No compareció al post-parto	28	22,8

Fuente: Elaboración de los autores, 2013

<sup>1</sup>Cuando la presión arterial sistólica o diastólica ultrapasó los límites del nivel, los datos fueron organizados en el nivel posterior.

## DISCUSIÓN

Los resultados presentan una realidad preocupante, en que, de manera generalizada, múltiples situaciones de vulnerabilidad en la salud<sup>(7)</sup> se sobreponen y se potencializan. En el plano de las situaciones individuales, además de la historia anterior de hipertensión y/o del cuadro hipertensivo en el embarazo actual, la

mayoría de las mujeres presenta otras morbilidades (sobrepeso, obesidad, tabaquismo, uso de alcohol, ginecopatías y/u otras enfermedades crónicas) y acumulan otras condiciones también consideradas como factores de riesgo gestacional (historias de aborto, de natimuerto o neomuerto y/o de malformaciones fetales). Otros estudios demostraron asociación de esos factores de riesgo con enfermedades hipertensiva en el embarazo<sup>(10)</sup>. Los síndromes hipertensivos son considerados como uno de los principales determinantes primarios de la morbilidad materna grave y mortalidad materna y, además de eso, la conjunción de la hipertensión con otras morbilidades y condiciones de riesgo incrementa el chance de malos finales para las mujeres y/o sus bebés<sup>(11,5)</sup>. Los múltiples factores de riesgo acumulados por las mujeres del estudio componen un cuadro de morbilidad materna moderada, una especie de “antesala” de las morbilidades maternas graves y muchas veces fatales. En el plan de las políticas de salud, se hace necesario un abordaje específico para esa población, el acompañamiento especializado, integral y calificado durante y fuera de los períodos de embarazo, a fin de reducir estos eventos, mayormente evitables.

Situaciones de vulnerabilidad social, indicadas por las condiciones de renta y escolaridad baja, se suman a las condiciones individuales de la salud potencializando los riesgos reproductivos de las mujeres. Estudios demuestran asociación entre las condiciones socioeconómicas precarias y los indicadores de salud reproductiva mala<sup>(12,13)</sup> y algunos, específicamente, concluyeron que niveles más bajos de escolaridad materna están asociados a la morbilidad materna grave y mortalidad materna<sup>(13,14,15)</sup>. Situaciones de vulnerabilidad en la salud – individual, social y programática – advenidas de desigualdades étnico-raciales ya fueron bien demostradas en la literatura<sup>(16)</sup>, lo que ayuda a comprender la

sobre-representación de mujeres negras en la población estudiada.

A pesar de los límites del estudio, estos resultados propician la reflexión sobre otra dimensión del contexto de vulnerabilidades vividas por las mujeres, que se imbrican a las condiciones individuales y sociales: las cuestiones que se relacionan al acceso y la calidad de los cuidados en la salud – aquello que ha sido llamado de vulnerabilidad “programática”<sup>(9)</sup>. Parte significativa de las mujeres atendidas en el servicio de referencia era oriunda de otros municipios o estados, llevando a indagar sobre las dificultades encontradas para ser atendidas por la red de salud próxima a sus domicilios. Amaral et al<sup>(11)</sup>, en el estudio sobre morbilidad materna grave en Campinas, constataron que 48% de los pacientes habían sido encaminados de otros municipios, revelando la frágil organización de la asistencia perinatal regional.

Según criterios del Ministerio de la Salud<sup>(6)</sup>, la identificación de cualquier factor de riesgo reproductivo en el prenatal de la atención básica debe ser motivo de encaminamiento inmediato para una unidad de referencia. Sin embargo, deficiencias de la red de salud, del sistema de referencia y contrarreferencia y de los profesionales para manejar las condiciones de riesgo son obstáculos para atender adecuadamente la gestación de alto riesgo. Más de dos tercios de las gestantes estudiadas iniciaron el prenatal en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Considerando la prevalencia de hipertensión crónica, otras enfermedades y los riesgos reproductivos antecedentes en el grupo de las embarazadas estudiadas, se interrogan los motivos por los cuáles ellas no llegaron a la unidad de referencia para alto riesgo, más temprano, buscando tardíamente el prenatal en la atención básica. ¿Por qué la unidad básica no identificó de inmediato los riesgos? ¿Cuáles son las dificultades que pueden haber tenido entre el encaminamiento



de la atención básica y la cita en el prenatal de alto riesgo? En el municipio de Rio de Janeiro, a pesar del aumento de la cobertura prenatal, persisten problemas en relación a la calidad de la asistencia ofrecida<sup>(17)</sup>.

El atendimento prenatal de calidad e integral, en todos los niveles de complejidad, es fundamental para minimizar las complicaciones provenientes de la hipertensión para la madre y/o el feto<sup>(18)</sup>. En la unidad de referencia estudiada, los cuidados ofrecidos a las embarazadas con histórico de síndromes hipertensivos fueron centralizados en la consulta obstétrica, fragmentados y discontinuados. En gran parte de los prontuarios no había registro de consulta con el clínico durante el prenatal y ni del encaminamiento para el acompañamiento clínico en el momento del alta hospitalaria. En el post-parto, un número expresivo de las puérperas se encontraba con niveles tensionales elevados, y aun así no fueron encaminadas para la consulta clínica. Además de eso, a casi 15% de las puérperas no se les tomó la presión arterial en el momento de la investigación. La importancia de la calidad del atendimento clínico, con la adhesión a protocolos, fue enfatizada en un estudio sobre morbilidad materna grave, especialmente cuando hay complicaciones hipertensivas<sup>(11)</sup>.

Otros hallazgos de la investigación revelan las deficiencias de los cuidados ofrecidos a las mujeres, a pesar del alta prevalencia de sobrepeso y obesidad – condiciones reconocidas por predisponer y agravar cuadros hipertensivos en el embarazo<sup>(10)</sup>, en los prontuarios de la mayoría de las mujeres no había registro de consulta con un nutricionista. Un tercio no participó de actividades educativas durante el prenatal y no se menciona cómo se abordaron los casos de tabaquismo y etilismo, sabidamente nocivos para la salud de la madre y el feto<sup>(19)</sup>. Acciones de educación y atendimento multiprofesional so aspectos importantes en una atención integral,

pues favorecen el proceso de reflexión sobre la salud y la enfermedad, comprensión de los riesgos y la discusión sobre los hábitos de vida y alimentarios, actividades físicas, entre otros.

La responsabilidad y el seguimiento del paciente por los profesionales e instituciones de salud son atributos de una asistencia integral. Cerca del 15% de las gestantes con síndromes hipertensivos discontinuaron el cuidado en la maternidad de referencia sin haber sido encaminadas u optado por continuar los cuidados en otro servicio. No obstante, en los prontuarios, no hay registro que se haya buscado activamente a las mujeres faltosas.

El material estudiado no permite una mayor evaluación de las condiciones de acceso y la calidad de la asistencia a la salud reproductiva de las mujeres antes de los embarazos actuales. De cualquier modo, llama la atención el hecho de que dos tercios de las mujeres declararon no haber planeado el embarazo, indicando necesidades no satisfechas de contracepción. Después de más una década de su normalización, la dificultad de implementar políticas de asistencia al planeamiento reproductivo ha sido documentada<sup>(20)</sup>. En la unidad de referencia, el abordaje al planeamiento reproductivo se mostró deficiente. Aunque hace parte de la atención a la mujer en el período puerperal y es componente central para la conquista de los derechos sociales de las mujeres<sup>(6)</sup>, casi la mitad de las que comparecieron al post-parto no recibieron encaminamientos para inscribirse en el servicio de planeamiento familiar.

El presente estudio presenta limitaciones por el hecho de que los prontuarios - principal documento sobre las condiciones de salud y de la asistencia ofrecida al paciente – han sido la única fuente de informaciones y en sus registros, existir muchas fallas. Sin embargo, creemos que sus resultados contribuyen para conocer mejor las necesidades en la salud reproductiva de las

mujeres con historia de síndromes hipertensivos, además de ofrecer pistas para una mayor calificación de la asistencia prestada a esa población.

## CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que los cuidados de salud ofrecido a las gestantes con historia de síndromes hipertensivos en la unidad de referencia fueron insuficientes para contemplar de forma abarcadora sus necesidades de salud. Sin embargo, sugieren también que las necesidades de salud no satisfechas anteceden a la entrada en el servicio de alta complejidad (y tal vez contribuyan para ese desenlace) y que la fragmentación y discontinuidad de los cuidados en la salud pueden perpetuarse después del alta del servicio de referencia.

La problemática que reúne “reproducción” e “hipertensión” – por la frecuencia de la hipertensión en las mujeres con edad reproductiva o por su papel en el escenario de la morbilidad materna – nos ofrece pistas para pensar sobre la construcción de líneas de cuidados integrales en la salud reproductiva. Coloca en evidencia la necesidad de realizar acciones programáticas de promoción, prevención y asistencia para las mujeres, a lo largo de su trayectoria reproductiva (antes, durante y después de la gestación). Esto nos remite a la cuestión de la continuidad de los cuidados en sentido longitudinal y de la coordinación de los cuidadores (profesionales, programas, servicios) en un sentido transversal.

Apunta para la necesidad de una mayor integración entre los varios niveles de complejidad del sistema de salud, de modo que capte prontamente a las embarazadas, identificar precozmente los riesgos reproductivos, encaminar oportunamente y facilitar el acceso a los servicios de referencia. En el sentido inverso, esos servicios deben responsabilizarse por la contrarreferencia y seguir el proceso de retorno

de las mujeres hacia los niveles más bajos de complejidad, para dar continuidad a la prestación de los cuidados en la salud.

Las cuestiones expuestas por los resultados de esta investigación llaman la atención para el hecho que, a pesar de ser ambientes altamente especializados y con recursos tecnológicos avanzados disponibles – como son las maternidades de referencia para los embarazo de riesgo – a perspectiva de integralidad no puede ocupar un lugar secundario. Desarrollar una visión integral a las necesidades de salud, ofrecer actividades educativas, promover el trabajo multiprofesional y un abordaje interdisciplinar, donde el proceso salud – enfermedad en la esfera reproductiva sea comprendido no solamente en términos biológicos, sino también en sus determinantes sociales, económicos y culturales, que deben ser atributos de la asistencia de alta complejidad.

En resumen, desarrollar e implementar líneas de cuidados integrales para las mujeres en edad reproductiva con historia de síndromes hipertensivos puede tener un impacto importante en los indicadores de salud materna y neonatal. La organización de los procesos de trabajo entre los profesionales y los servicios de modo que garanticen la integración, la coordinación y la continuidad de los cuidados ofrecidos, una mayor capacitación técnica de los profesionales para que reconozcan los riesgos y conduzcan apropiadamente el acompañamiento prenatal, y el desarrollo de las habilidades de los profesionales y de las instituciones para que aborden integralmente las necesidades de salud, son tareas imprescindibles, pero todavía desafiantes, para construir un cuidado que podamos llamar de “integral”.

## CITAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child

- health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780): 1863-76.
2. Gondim ANC, Oliveira AS, Chagas ACMA, Lessa PRAL, Barbosa BN, Damasceno AKC. Fast HIV screening test for parturients: a quantitative study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2010 [cited 2011 sep 11] 9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2997>.
  3. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102997>
  4. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde pública*. 2011; 27(5): 1021-34.
  5. Fonseca SC, Coutinho ESF. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controlado. *Cad saúde pública*. 2010; 26(2): 240-52.
  6. Lotufo FA, Parpinelli MA, Haddad SM, Surita FG, Cecatti JG. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. *Clinics*. 2012; 67(3): 225-30.
  7. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*. 5. ed. Brasília: MS; 2012.
  8. Rede Interagencial de Informações para a saúde [homepage in the internet]. *Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas* [cited 2013 feb 13]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>.
  9. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(4): 1161-71.
  10. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc*. 2009; 18 Suppl 2: 11-23.
  11. Dálmaz CA, Santos KG, Botton MR, Roisenberg I. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy in southern Brazil. *AMB rev Assoc Med Bras*. 2011; 57(6): 692-6.
  12. Amaral E, Souza JP, Surita F, Luz AG, Sousa MH, Cecatti JG, Campbell O. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma project. *BMC pregnancy childbirth*. 2011; 11(9): 1-8
  13. Leal MC, Pereira APE, Lamarca GA, Vettore MV. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 04] 27 Suppl 2: 237-53. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400011&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400011>
  14. Villamizar LAR, Ruiz-Rodríguez M, García MLJ. Benefícios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia. *Rev panam salud pública*. 2011; 29(4): 213-9.
  15. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC public health* (Online). 2011 [cited 2013 Dec 04] 11(606). Available from: <https://open.library.emory.edu/publications/emory:f78dd/>.
  16. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MH, Sousa MH, Lago TG, Pacagnella, Camargo RS. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. *BJOG*. 2010; 117(13): 1586-92.
  17. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. *Rev saúde pública*. 2008; 42(2): 324-34.
  18. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde pública*. 2012; 28(3): 425-37.
  19. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq bras cardiol*. 2008; 91(1): 11-7.
  20. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev bras ginecol obstet*. 2009; 31(7): 335-41.
  21. Bonan C, Silva KS, Sequeira ALT, Fausto MCR. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Rev bras saúde mater infant*. 2010; 10 Suppl1: 107-18.

---

**Recibido:** 27/02/2013

**Aprobado:** 22/10/2013

**Revisado:** 29/10/2013