

## EL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE REFERENCIA

## PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

## THE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HIGH-RISK PREGNANT WOMEN MONITORED AT A REFERRAL SERVICE

Larissa Manuela Vieira Roque<sup>1</sup>, Mirela Karolayne Souza de Moraes<sup>2</sup>, Júlia Richard Gondim Bezerra Cavalcanti<sup>3</sup>, Larissa Pereira Tavares Mendes<sup>4</sup>, Cristina Wide Pissetti<sup>5</sup>

**Cómo citar este artículo:** Roque LMV, Moraes MKS, Cavalcanti JRGB, Mendes LPT, Pissetti CW. El perfil clínico-epidemiológico de embarazadas de alto riesgo atendidas en un servicio de referencia. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2024 [acceso en: \_\_\_\_]; 13(2): e202423. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v13i2.7117>

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar el perfil clínico-epidemiológico de mujeres embarazadas de alto riesgo atendidas en un servicio de referencia. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y cuantitativo, que analiza 254 expedientes médicos de mujeres embarazadas atendidas en la Unidad de Atención Prenatal de Alto Riesgo de un Hospital Universitario en 2020. **Resultados:** Los resultados mostraron mujeres embarazadas con una edad promedio de 29 años, de raza mixta (62,6%), sin unión estable (37,4%), provenientes de la Zona da Mata Paraibana (90,2%), con educación secundaria (54,7%), amas de casa (42,9%), con sobrepeso (23,2%) y obesidad (43,3%), sin abortos previos (72,4%), multíparas, con un promedio de 2,4 embarazos y 1 patología gestacional. Las comorbilidades que llevaron a la derivación fueron los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (26,4%) y la Diabetes Mellitus (24,8%). **Conclusiones:** Se logró identificar el perfil clínico-epidemiológico de la muestra estudiada, en el cual destacan los síndromes hipertensivos de embarazo y diabetes mellitus como los principales motivos de derivación al servicio.

**Descriptor:** Embarazo de Alto Riesgo; Atención Prenatal; Perfil de Salud.

<sup>1</sup> Graduado en la carrera de Medicina/Centro de Ciencias Médicas/Universidad Federal de Paraíba (UFPB). <https://orcid.org/0009-0001-4164-3649>

<sup>2</sup> Estudiante de Medicina de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). Técnico Ambiental del Instituto Federal de Educación, Ciencia y Tecnología de Rio Grande do Norte (IFRN)/Ipangaçu. <http://lattes.cnpq.br/7300337358853542>

<sup>3</sup> Estudiante de medicina en la UFPB. <http://lattes.cnpq.br/0734449448964107>. <https://orcid.org/0000-0003-2123-5346>

<sup>4</sup> Estudiante de medicina en la UFPB. Curso técnico-profesional en edificaciones en el Instituto Federal de Paraíba, campus Cajazeiras. <http://lattes.cnpq.br/3278253087903065>

<sup>5</sup> Biomédico de la Facultad de Medicina del Triângulo Mineiro, maestría y doctorado en Patología Clínica de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro UFTM. Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro de Ciencias Médicas de la Universidad Federal de Paraíba. <http://lattes.cnpq.br/2849134394015533>. <https://orcid.org/0000-0002-5534-8544>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes de alto risco acompanhadas em serviço de referência. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e quantitativo, com análise de 254 prontuários de gestantes atendidas no Pré-Natal de Alto Risco de um Hospital Universitário, em 2020. **Resultados:** Os resultados foram de gestantes com idade média de 29 anos, pardas (62,6%), sem união estável (37,4%), da Zona da Mata (90,2%), com ensino médio (54,7%), do lar (42,9%), sobrepeso (23,2%) e obesidade (43,3%), sem abortos prévios (72,4%), multigestas, com média de 2,4 gestações e 1 patologia gestacional. As comorbidades que motivaram o encaminhamento foram Síndromes Hipertensivas da Gestação (26,4%) e Diabetes Mellitus (24,8%). **Conclusões:** Foi possível identificar o perfil clínico-epidemiológico da amostra estudada, sendo possível destacar como principais motivos de encaminhamento ao serviço as síndromes hipertensivas da gestação e diabetes mellitus.

**Descritores:** Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Perfil de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the clinical-epidemiological profile of high-risk pregnant women monitored at a referral service. **Methods:** Observational, retrospective, quantitative study, analyzing 254 medical records of pregnant women attended at the High-Risk Prenatal Care Unit of a University Hospital in 2020. **Results:** The results showed pregnant women with an average age of 29 years, mixed race (62.6%), unmarried (37.4%), from the Zona da Mata Paraibana (90.2%), with a high school education (54.7%), homemakers (42.9%), overweight (23.2%), and obesity (43.3%), without previous abortions (72.4%), multiparous, with an average of 2.4 pregnancies, and 1 gestational pathology. The comorbidities that led to referral were Gestational Hypertensive Disorders (26.4%) and Diabetes Mellitus (24.8%). **Conclusions:** It was possible to identify the clinical-epidemiological profile of the sample studied, in which it highlights hypertensive syndromes of pregnancy and diabetes mellitus as the main reasons for referral to the service.

**Descriptors:** High-Risk Pregnancy; Prenatal Care; Health Profile.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno que incluye cambios físicos, emocionales y sociales. Si bien el embarazo es un proceso fisiológico, el embarazo puede presentar cambios en su curso habitual. El embarazo de alto riesgo supone un riesgo inminente para la salud de la madre, del feto o del recién nacido.<sup>1,2</sup>

El objetivo de la atención prenatal es realizar vigilancia continua para identificar enfermedades pregestacionales y gestacionales que tienen curso silencioso, como hipertensión arterial, diabetes

mellitus y enfermedades infecciosas.<sup>3</sup> Los síndromes hipertensivos son las principales causas de resultados maternos desfavorables en Brasil. En otros países de bajos ingresos, los trastornos hemorrágicos son las causas más frecuentes.<sup>4</sup>

El reconocimiento de las condiciones de riesgo durante el embarazo es un requisito para un embarazo exitoso. Identificar los aspectos predictivos de resultados negativos para las mujeres embarazadas de manera oportuna es esencial para desarrollar estrategias de

manejo efectivas en el contexto de la atención prenatal de alto riesgo.<sup>5</sup>

Es necesario garantizar la derivación a servicios de referencia y la atención integral del binomio madre-feto hasta el final del embarazo. Por lo tanto, la articulación entre niveles de atención es una estrategia comprobada para brindar atención longitudinal durante todo el embarazo.<sup>5</sup>

La creación de la Rede Cegonha, en 2011, permitió la expansión de la atención prenatal en todo el país. Algunas regiones de Brasil tienen una cobertura asistencial de alrededor del 95% del público objetivo.<sup>6</sup> A pesar de esto, la mortalidad materno-fetal sigue siendo alta, como reflejo de debilidades cualitativas en la atención brindada a las mujeres embarazadas. Un estudio transversal, recogido en DataSUS, entre 2016 y 2017, observó una calidad de atención insatisfactoria y un bajo porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones del Programa de Humanización del Prenatal y del Nacimiento.<sup>5</sup>

Las situaciones sociales que interfieren con la iniciativa de una atención adecuada determinan en gran medida las posibilidades de vida y muerte de una mujer embarazada.<sup>4</sup> Muchas causas de muerte asociadas con complicaciones durante el embarazo son el resultado de un acceso inadecuado a lugares donde las mujeres podrían recibir una atención adecuada.<sup>6</sup>

La reducción efectiva de la morbimortalidad materna presupone atención prenatal calificada, con acogida temprana y cobertura adecuada, lo que lamentablemente aún no ocurre en Brasil, siendo las características sociodemográficas y económicas las principales variables limitantes.<sup>3,7</sup>

La ausencia de una atención adecuada conduce al aumento de los riesgos gestacionales, especialmente en el contexto de vulnerabilidad social en el que se insertan las mujeres en edad reproductiva. En los países del norte de Europa con mejores condiciones sociales, sólo el 5% de las mujeres en edad fértil están en riesgo reproductivo. En Brasil, esta cifra afecta alrededor del 30% de las mujeres embarazadas.<sup>8</sup>

De 1996 a 2018, las causas obstétricas directas responsables de resultados desfavorables en Brasil fueron: hipertensión (8.186 muertes), hemorragia (5.160 muertes), infección puerperal (2.624 muertes) y aborto (1.896 muertes). Entre las causas indirectas destacan las enfermedades del sistema circulatorio (2.848 muertes), las enfermedades del sistema respiratorio (1.748 muertes), el sida (1.108 muertes) y las enfermedades infecciosas y parasitarias maternas (839 muertes).

La mayoría de las muertes maternas están relacionadas con causas prevenibles, pero pocos estudios en el estado relacionan

las condiciones clínicas de las mujeres embarazadas de alto riesgo con las condiciones epidemiológicas como predictores de resultados desfavorables. Por tanto, el objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de las gestantes monitoreadas en el PNAR. De esta manera, estudios como este pueden contribuir a dilucidar mejor las representaciones sociales de las gestantes diagnosticadas en situación de riesgo gestacional, así como a intensificar la orientación de la atención a partir de las condiciones clínicas identificadas en un Hospital Universitario.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo y cuantitativo, realizado en el servicio prenatal de alto riesgo de un Hospital Universitario. El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias Médicas (CCM) bajo el número CAAE 50654821.40000.8069.

Para el análisis de los datos se obtuvieron 745 historias clínicas, documentadas por el registro de tamizaje del ambulatorio de Alto Riesgo Prenatal, de enero a diciembre de 2020, según la demanda rutinaria del sector.

Al tratarse de un estudio descriptivo, se utilizó como parámetros de selección de la muestra el nivel de confianza del 95% y el margen de error del 5%. Se utilizó la

calculadora online “calcular y convertir”. El tamaño de muestra obtenido fue de 254 historias clínicas, seleccionadas de enero a diciembre de 2020, a través del sitio web “sorteador”.

Se solicitó la dispensa del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (CIF), ya que este estudio es de carácter retrospectivo y requiere la obtención de datos secundarios (a través de registros de pacientes). Se garantizó el compromiso con la privacidad y confidencialidad de los datos utilizados en la investigación, preservando plenamente el anonimato de los participantes (tratados mediante códigos identificadores de datos).

La recolección de datos de historias clínicas se realizó de enero de 2022 a marzo de 2023 en el Servicio de Archivo y Estadística Médica (SAME).

Se adoptaron como criterios de inclusión todas las historias clínicas de pacientes en edad reproductiva y gestantes en seguimiento en el Servicio Prenatal de Alto Riesgo (PNAR). Se excluyeron las pacientes que no presentaron cambios gestacionales importantes de alto riesgo.

La información se categorizó según las variables: edad, color/raza, estado civil, ingresos, origen, educación, profesión, uso de drogas legales e ilícitas, enfermedades previas al embarazo, motivo de derivación, antecedentes familiares, número de embarazos previos. consultas de

nacimiento, embarazos anteriores, número de abortos, uso de métodos anticonceptivos, presencia de infecciones de transmisión sexual, intervalo interparto, Índice de Masa Corporal y edad gestacional en la primera consulta en el servicio.

Los datos fueron registrados mediante un formulario estandarizado, elaborado a partir de una revisión de la literatura sobre el tema. Toda la información se organizó en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel®, almacenada en un dispositivo de almacenamiento externo portátil (pendrive) para su análisis estadístico.

Luego de tabular la información, los datos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo y los resultados se expresaron como frecuencia (porcentaje). La normalidad de las variables cuantitativas se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, utilizando el programa IBM SPSS Statistics 21.

## RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas, del análisis de las 254 historias clínicas de este estudio, se encontró que el 87,8% (223) del grupo evaluado vivía en la Zona Urbana, siendo el 90,2% (229) en la Zona da Mata Paraibana, según la clasificación en mesorregiones establecida por el IBGE (1989 – 2017).

En cuanto al color o raza, con base en la autodeclaración, la mayoría de las

gestantes se declararon mestizas, 62,6% (159), 19,7% (50) blancas, 9,8% (25) negras, 5,1% (13) indígenas y 1,6%. (4) amarillo.

En cuanto al estado civil, el 37,4% del total de pacientes no se encontraba en unión estable, el 31,1% (79) estaba casado, el 28% (71) estaba en unión estable, el 0,4% (1) era viudo y el 0,4% (1) divorciado; El 2,8% (7) de la muestra no presentó información respecto a la variable estudiada, como se muestra en la tabla 1.

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de las gestantes, el 54,7% (139), tenía secundaria completa o incompleta. En cuanto a la ocupación, los pacientes fueron agrupados según la división establecida por el IBGE (2002). Se agregaron las categorías “Hogar”, que correspondió a un porcentaje del 42,9% (109) de la muestra, y Agricultura, el 12,9% (33) del total. Las otras profesiones representaron el 36,7% (93) de la muestra. Faltó información en el 7,5% (19) de las historias clínicas evaluadas. Debido a la falta de datos en las historias clínicas, no se analizaron datos sobre ingresos.

La edad materna presenta una distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,2$ ). El promedio fue de 29,08 años, con una desviación estándar de 7,03 años.

En relación a los hábitos y costumbres, se investigaron tres variables:

tabaquismo, consumo de alcohol y uso de otras drogas. Sólo el 1,2% (3) de la muestra consumía tabaco, el 1,6% (4) alcohol y el 0,4% (1) otras drogas. Faltó información en el 13,8% (216) de los registros sobre tabaquismo, 15% (212) sobre consumo de alcohol y 56% (197) sobre otras drogas.

Respecto a los datos clínicos que motivaron la derivación de los pacientes al servicio de Alto Riesgo, considerando que la variable presenta una distribución no normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $p < 0,000$ ), la mediana de patologías identificadas fue una comorbilidad, con un rango intercuartil de 1, siendo 1 el número mínimo y 3 el número máximo.

La mayoría del grupo, 61% (155), presentó al menos una comorbilidad previa al proceso gestacional. Del total de historias clínicas evaluadas, el 62,2% (158) de la muestra tenían familiares de primer grado con enfermedades crónicas, como se muestra en la tabla 2.

Las patologías que motivaron la derivación desde el control prenatal de riesgo habitual a alto riesgo se agruparon en patologías primarias (principal motivo de derivación), patologías secundarias y terciarias (si hay más de una comorbilidad). El 27,5% (70) de los pacientes presentó más de una comorbilidad y el 6% (15) presentó más de dos patologías.

**Tabla 1** — Distribución de frecuencia del estado civil de las mujeres seguidas en Atención Prenatal de Alto Riesgo, n: 254, 2023.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje %
Soltero	95	37,4
Unión estable	71	28
Casado	79	31,1
Divorciado	1	0,4
Viuda	1	0,4
Información faltante	7	2,8
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2** — Frecuencia de distribución de enfermedades previas al embarazo en Atención Prenatal de Alto Riesgo, n: 254, 2023.

Enfermedades previas	Frecuencia	Porcentaje %
Sí	155	61
No	96	37,8
Información faltante	3	1,2
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado por los autores.

Los Síndromes Hipertensivos del Embarazo fueron las enfermedades más frecuentes, correspondiendo al 26,4% (67) de las patologías primarias y al 8,7% (22) de las patologías secundarias. La diabetes, gestacional o no, ocupó el segundo lugar, siendo la patología primaria en el 24,8% (63) de los registros, la patología secundaria en el 5,5% (14) y la patología terciaria en el 0,8% (2).

Las patologías más frecuentes se distribuyeron según la tabla 3. La variable “otras comorbilidades” comprende: cambios anatómicos, cambios ginecológicos, otras causas obstétricas, enfermedades neurológicas, parto gemelar, prematuridad previa, enfermedad hepática y síndromes hemorrágicos del primer semestre e isoinmunización Rh, totalizando 64 historias clínicas.

**Tabla 3** — Frecuencia de distribución de las principales patologías que motivaron la derivación a Atención Prenatal de Alto Riesgo, n: 254, 2023.

Motivo de la remisión	Frecuencia	Porcentaje %
Síndrome Hipertensivo del Embarazo	67	26.4
Diabetes mellitus	63	24.8
Enfermedades hematológicas	13	5.1
Endocrinopatías	11	4.3
Neuropatías	10	3.9
Trastornos psiquiátricos	8	3.1
Edad materna	8	3.1
Enfermedades reumatológicas	7	2.8
Otras condiciones	64	25.3
Información faltante	3	1.2
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado por los autores.

El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo de 209 historias clínicas. El 43,3% (110) de la muestra se clasificó con algún grado de obesidad y el 23,2% (59) con sobrepeso.

En cuanto a las características obstétricas y ginecológicas, el 29,5% (75) de información sobre métodos anticonceptivos utilizados anteriormente no fue encontrada; El 28,4% (72) de las

pacientes utilizó anticonceptivos orales como único método anticonceptivo en algún momento de su vida; el 19,7% (50) no utilizó ningún método; el 8,7% (22) utilizaba anticonceptivos orales e inyectables; 3,5% (9) preservativos y 1,6% (4) otros métodos.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual, 11 historias clínicas contenían información sobre el Virus del

Papiloma Humano (VPH), correspondiente al 4,3% de la muestra; el 1,2% (3) tenía antecedentes de sífilis; El 87,8% (223) no tenía antecedentes de ITS y el 5,9% (15) no tenía información al respecto.

La mayoría de las usuarias (72,4%) no tenían antecedentes de abortos en su vida reproductiva. El número medio de embarazos fue de 2,40, con una desviación estándar de 1,247.

Las consultas del PNAR se agruparon en 3 categorías, el 52,7% (134) tuvo hasta 5 consultas; 38,5% (98) entre 6-10 consultas y 3,15% (8) más de 10 consultas en el servicio (tabla 4).

El segundo trimestre del embarazo fue el periodo en el que más gestantes pudieron acceder a su primera consulta prenatal de alto riesgo, correspondiente al 40,9% (104); El 33,9% (86) tuvo acceso en el tercer trimestre y el 16,5% (42) en el primer trimestre (tabla 4).

En cuanto al intervalo interparto, el 41,9% (106) tuvo un intervalo >2 años entre embarazos, y el 12,3% (31) entre 1-2 años. El 26,5% (67) correspondió a primíparas y no fue posible definir el intervalo interparto. Faltaba información en el 19,3% (49) de los registros.

Los datos se agruparon según la tabla 4.

**Tabla 4** — Frecuencia de distribución de las características ginecológicas y obstétricas de las gestantes seguidas en Atención Prenatal de Alto Riesgo, n: 254, 2023.

<b>Características ginecológicas y obstétricas.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Abortos</b>		
Sí	66	26
No	184	72,4
Información faltante	4	1.6
<b>Intervalo interpartal en años</b>		
1-2	31	12.3
>2	106	41,9
Primigravida y falta de información	116	45,8
<b>Edad gestacional en la primera consulta.</b>		
1er cuarto	42	16.5
2do cuarto	104	40,9
3er cuarto	86	33,9
Información faltante	22	8.7
<b>Número de consultas en el PNAR</b>		
0-5	134	52,76
6-10	98	38,58
>10	8	3.15
Información faltante	14	5.51
<b>Uso previo de métodos anticonceptivos.</b>		
Oral	72	28.4
Orales e inyectables	22	8.7
Inyectable	22	8.7
condón masculino	9	3.5
Otros	4	1.6
Información faltante	75	29,5
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Las características que clasifican a una mujer embarazada como de alto riesgo conforman una lista cambiante.<sup>1,2</sup> La definición de riesgo gestacional presenta mucha divergencia en la literatura, pero algunas condiciones clínicas y sociales

pueden culminar en un mayor riesgo de patologías que se agravan, o iniciado durante el embarazo.<sup>1</sup>

En 2020, Brasil registró el primer caso de Covid-19 en el país. Ese mismo año se instituyeron medidas de distanciamiento social para minimizar la propagación del

coronavirus, que tuvo impactos en la atención de salud en general. Sin embargo, en el servicio de estudio se mantuvieron los servicios del PNAR, lo que resultó en una reducción de 160 servicios respecto a 2019, lo que no interfirió significativamente en el cálculo del espacio muestral.<sup>10</sup>

La mayoría de las gestantes del PNAR del Hospital Universitario vivían en zonas urbanas (87,8%) y en la Zona da Mata da Paraíba (90,25%), lo que puede atribuirse a la facilidad de acceso geográfico y a la contractualización del servicio con el municipio de João Pessoa y municipios vecinos. Un estudio similar encontró que la Zona Urbana es el lugar donde vive la mayoría de las mujeres embarazadas.<sup>11</sup>

En la variable color, la etnia autodeclarada predominante fue la parda (62,6%) y la ocupación predominante fue la “hogar”, lo que es similar a estudios epidemiológicos realizados en Ceará y Maranhão.<sup>11,12</sup>

Las características étnicas pueden estar relacionadas con el hecho de que las mujeres negras (morenas y negras) son más propensas a ciertas enfermedades, como la hipertensión arterial, la preeclampsia y la anemia falciforme.<sup>13</sup>

Los mismos estudios difieren en cuanto al estado civil. Existe un predominio de mujeres casadas o en unión estable.<sup>10,11</sup> Esto no fue posible comprobar en el

presente estudio, con un predominio del 37,5% de usuarios de la PNAR sin unión estable, lo que puede ser reflejo de interpretaciones individuales. en la comprensión de una unión estable.

La mayoría de los pacientes (54,7%) tenían estudios secundarios completos o incompletos. Los datos obtenidos a través de un estudio ecológico son similares a los nuestros.<sup>14</sup> Es posible inferir de la muestra que, a mayor nivel de educación materna, mayor adherencia a las consultas prenatales y mayor acceso a servicios especializados.

La edad promedio de los usuarios del PNAR fue de 29 años. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos de alto riesgo ocurrieron en un grupo de edad considerado seguro en la literatura, de 20 a 30 años.<sup>15</sup>

La mayor proporción de embarazos en edades más avanzadas observada en la muestra puede estar relacionada con el mayor nivel de educación y participación en el mercado laboral. Los embarazos en adolescentes y en edades mayores son responsables de resultados desfavorables del embarazo. Condiciones como el aborto espontáneo, las malformaciones fetales, la hipertensión (preexistente y relacionada con el embarazo), la diabetes (pregestacional y gestacional) y la obesidad son más comunes a medida que aumenta la edad de la madre.<sup>16</sup>

El análisis de las historias clínicas arrojó que el 70% de la muestra estuvo conformada por no consumidores de

sustancias de abuso. Acercarse a las mujeres embarazadas que consumen alcohol y otras sustancias es un desafío, especialmente por las barreras para revelar el consumo de sustancias conocidas como nocivas y la menor demanda de servicios prenatales.<sup>1</sup>

En cuanto a las características relacionadas con la historia reproductiva y de salud de la mujer, nuestro estudio mostró que el 72,4% de las gestantes atendidas no tenían antecedentes de abortos en embarazos anteriores. A pesar de la literatura destacan las pérdidas gestacionales como predictores de embarazos de alto riesgo, este perfil no se encontró en la historia reproductiva de la mayoría de las mujeres embarazadas.<sup>1,2,15</sup>

El promedio de embarazos anteriores, después del análisis de las historias clínicas, fue de aproximadamente dos embarazos anteriores, lo que es similar a un estudio realizado en Maranhão, en el que mujeres de un Servicio de Alto Riesgo reportaron de 2 a 4 embarazos previos.<sup>12,17</sup>

En cuanto al intervalo interparto, el 41,9% de las gestantes tuvo un intervalo >2 años y el 12,3% entre 1-2 años. Nuestro perfil está en línea con la literatura, que indica un intervalo mínimo ideal de 2 años, que no debe ser inferior a 1 año.<sup>2</sup>

El número de consultas en el servicio especializado fue de 5 consultas (52,76%). El Ministerio de Salud recomienda un

número mínimo de 6 consultas prenatales, sin especificar un número mínimo ideal en el PNAR. También señala que la derivación al servicio de alto riesgo debe ir acompañada del mantenimiento de la asistencia en Atención Primaria.<sup>1</sup> El resultado encontrado no significa que la asistencia sea inadecuada, ya que no existen datos sobre el seguimiento conjunto con Atención Primaria de estas gestantes. las mujeres estudiaron.

En 75 historias clínicas no fue posible obtener información sobre los métodos anticonceptivos utilizados en algún momento previo al embarazo, correspondiente al 29,5% del total. El método “anticonceptivo oral” obtuvo el 28,4% de las respuestas, y en segundo lugar (19,7%), la opción “no” método. Un análisis transversal poblacional basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud (PNS) describió que el 34,2% de las mujeres ya utilizaron el método anticonceptivo hormonal oral, que es el método más utilizado por las mujeres brasileñas.<sup>18</sup>

La literatura indica que la mayoría de las mujeres con una vida sexual activa no utilizan protección contra las infecciones de transmisión sexual durante sus relaciones sexuales.<sup>18</sup> Nuestro estudio demostró que el 96,5% de las mujeres no utilizan métodos de barrera. Sin embargo, no se observó mayor prevalencia de ITS en el grupo

estudiado, estando presente este diagnóstico en el 3,9% de las gestantes (VPH, VIH o sífilis).

La mayoría de las usuarias del PNAR del Hospital Universitario fueron remitidas por patologías previas al proceso gestacional (61%). Un estudio similar se realizó en Paraná y mostró una gran proporción de mujeres embarazadas con sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>17</sup> Sin embargo, el número de mujeres embarazadas remitidas al servicio en el primer trimestre fue sólo del 16,5%. Esto puede estar relacionado con fallas en los procesos de derivación a servicios especializados.

En la muestra analizada, el Síndrome Hipertensivo del Embarazo fue la principal causa de derivación (26,4%). Además, cuando no motivó la derivación, fue la comorbilidad que más se asoció con otras enfermedades (26,8%). Los síndromes hipertensivos en el embarazo impactan en gran medida los resultados obstétricos desfavorables. En Brasil, especialmente en las regiones norte y noreste, representan la primera causa de muerte materna.<sup>19</sup>

Se evidenció en la muestra que el 66,5% de los usuarios presentaban algún grado de obesidad o sobrepeso. Una encuesta realizada en otros servicios de Paraíba mostró resultados similares, siendo los Síndromes Hipertensivos y la obesidad las principales patologías identificadas.<sup>20</sup>

Los datos obtenidos para calcular el IMC se refieren a la primera consulta en el servicio prenatal. Esto significa que la edad gestacional de las participantes del estudio no puede estandarizarse para obtener estos datos, lo que genera sesgo en este análisis.

Nuestro estudio encontró que la DM fue la segunda patología más común (25,2%). La literatura indica que la hiperglucemia durante el embarazo es una de las condiciones más comunes durante el embarazo.<sup>1</sup>

12 de los 254 pacientes de la muestra refirieron alguna comorbilidad psiquiátrica, siendo 8 pacientes la principal patología que motivó el acceso a alto riesgo. Por lo tanto, los trastornos psiquiátricos no comprenden la motivación de derivación para la mayoría de los usuarios. Sin embargo, la literatura enumera que las características más prevalentes observadas en el estudio, como la multiparidad, la ausencia de pareja y el diagnóstico de complicaciones durante el embarazo, son factores de riesgo para depresión severa.<sup>1,2</sup>

## CONCLUSIONES

Nuestro estudio identificó un perfil clínico y epidemiológico predominantemente de mujeres de zona urbana, con edad promedio de 29 años, mestiza, sin unión estable, embarazos múltiples, con intervalo entre nacimientos >2 años, sin antecedentes de abortos, con al

menos al menos una comorbilidad, con énfasis en los síndromes hipertensivos gestacionales y diabetes mellitus y sobrepeso/obesidad.

Las limitaciones estuvieron relacionadas con la recolección de datos, lo que impidió recolectar información importante sobre ingresos, historial de vacunación, datos del PNRH, antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores y percepciones individuales sobre el apoyo de los padres cuando no había una relación estable, así como sobre el embarazo. planificación.

Los embarazos de alto riesgo son complejos y requieren integración entre niveles de atención para garantizar un resultado satisfactorio para la madre y el feto. Además, reconocer el perfil de los pacientes contribuye a planificar acciones para futuros embarazos. Sugerimos que los perfiles de las mujeres atendidas en los servicios de referencia sean evaluados constantemente, de modo que continuamente se revisen estrategias para ampliar la investigación de los riesgos gestacionales y contribuyan al abordaje multidisciplinario de las mujeres embarazadas.

## REFERENCIAS

1. Instituto Fernandes Figueira. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Manual de Gestaçao de Alto Risco [Internet]. Rio de

Janeiro: Fiocruz; 2022 [citado em 23 jul 2023]. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>

Peixoto, S. Manual de assistência pré-natal [Internet]. 2a. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2014 [citado em 29 jul 2023]. Disponível em:

[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/304\\_Manual\\_Pre\\_natal\\_25SET.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/304_Manual_Pre_natal_25SET.pdf)

3. Magalhães DM, Bernardes JM, Ruiz-Frutos C, Gómez-Salgado J, Calderon ID, Dias A. Predictive factors for severe maternal morbidity in Brazil: a case-control study. *Healthcare* [Internet]. 2021 [citado em 23 jul 2023]; 9(3):335.

Disponível em:

<https://www.mdpi.com/2227-9032/9/3/335/pdf?version=1616297125>

4. Silva JMDPD, Kale PL, Fonseca SC, Nantes T, Alt NN. Fatores associados a desfechos graves maternos, fetais e neonatais em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. [Internet]. 2023 [citado em 22 jul 2023]; 23:e20220135. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/gVYYwXd8bFTDFH936qPpXbt/?format=pdf&lang=pt>

5. Ferreira SN, Lemos MP, Santos WJ. Representações sociais de gestantes que frequentam serviço especializado em gestações de alto risco. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* [Internet]. 2020 [citado em 29 jul 2023]; 10:e3625. Disponível em:

<http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3625/2451>

6. Medeiros FF, Santos IDDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 [citado em 23 jul 2023]; 72(Suppl 3):204-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

- \_arttext&pid=S0034-71672019000900204&tlng=en
7. Instituto Fernandes Figueira. O papel das demoras na provisão de cuidados adequados às complicações maternas [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 [citado em 24 jul 2023]. Disponível em: <https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=3iroQQZ1>
  8. Cabral SAADO, Alencar MCB, Carmo LAD, Barbosa SEDS, Barros ACCV, Barros JKB. Receios na gestação de alto risco: uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. *Id on Line Rev Mult Psic.* [Internet]. 2018 [citado em 30 jul 2023]; 12(40):151-62. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1051/1515>
  9. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico. Casos graves e óbitos por dengue no Brasil, 2019 a 2022 [Internet]. 2022 [citado em 25 jul 2023]; 53:20. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/@@@download/file>
  10. Silva NCA, Moroço DM, Carneiro PS. O impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento eletivo: experiência de um hospital de nível terciário e centro de referência para a doença. *Revista Qualidade HC* [Internet]. 2021 [citado em 22 jul 2023]. 2:70-80. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/447/447.pdf>
  11. Fonseca JSR, Durans KCN, Pasklan ANP, Brito JD, Ferreira APF, Barros LAA. Perfil epidemiológico e clínico de mulheres gestantes de alto risco. *Revista Recien Revista Científica de Enfermagem* [Internet]. 2022 [citado em 25 jul 2023]; 12(38):218-28. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/637/647>
  12. Gadelha IP, Aquino PS, Balsells MMD, Diniz FF, Pinheiro AKB, Ribeiro SG, et al. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [citado em 29 jul 2023]; 73(Suppl 5):e20190595. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73s5/0034-7167-reben-73-s5-e20190595.pdf>
  13. Carmo CBC, Melo LC, Silva TF, Souza EMB, Garcia CMMG. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. *Femina* [Internet]. 2021 [citado em 02 ago 2023]; 49(12):690-698. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/myt52>
  14. Ré MML, Nascimento ACASD, Fonseca MRCCD. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2022 [citado em 30 jul 2023]; 11(4):e11111427180. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27180/23719>
  15. Zugaib M, editor. *Zugaib obstetrícia*. 5. ed. São Paulo: Manole; 2020.
  16. Rajput N, Paldiya D, Verma YS. Effects of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* [Internet]. 2018 [citado em 28 jul 2023]; 7(10):3941-3945. Disponível em: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/5523/3871>
  17. Soares LG, Higarashi IH, Paris MC, Soares LG, Lentsck MH. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Rev Méd Minas Gerais* [Internet]. 2021 [citado em 02 ago 2023]; 31:e-31106. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291255/e31106.pdf>
  18. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2021 [citado em 24 jul 2023]; 26(Supl 2):3493-3504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wYMBdngQjR9dRs48jbjCVL/?format=pdf&lang=pt>
  19. Santos IDM, Almeida-Santos MA. Perfil epidemiológico da mortalidade

materna por síndromes hipertensivas gestacionais. Res Soc Dev. [Internet]. 2023 [citado em 02 ago 2023];

12(4):e21712441307. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41307/33541>

20. Santos JS. Análise dos fatores associados a gestação de alto risco no estado da Paraíba, Brasil [Internet]. [Dissertação]. João Pessoa, PB:

Universidade Federal da Paraíba; 2022 [citado em 28 jul 2023]. 85 f. Disponível em:

[https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/23342/1/JaylaneDaSilvaSantos\\_Dissert.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/23342/1/JaylaneDaSilvaSantos_Dissert.pdf)

RECIBIDO: 27/10/23

APROBADO: 09/09/2024

PUBLICADO: 09/2024