

Mujeres con riesgo cardiovascular pos pre-eclampsia: ¿Existe seguimiento en el sistema Único de Salud?

Maria de Lourdes Costa da Silva¹
Ana Cristina Araújo de Andrade Galvão²
Nilba Lima de Souza³
George Dantas de Azevedo⁴
Selma Maria Bezerra Jerônimo⁵
Ana Cristina Pinheiro Fernandes de Araújo⁴

Objetivos: identificar mujeres con riesgo cardiovascular, cinco años después de la pre-eclampsia (PE), y averiguar el seguimiento de esas mujeres en el Sistema Único de Salud en Natal/RN. Métodos: estudio exploratorio, cuantitativo, realizado en la Maternidad Escuela Janeiro Cicco – RN. La muestra fue compuesta de 130 mujeres, 65 con PE y 65 normotensas. Resultados: se constató diferencia estadística significativa en lo que se refiere al índice de masa corpórea, peso, histórico familiar de enfermedades cardiovasculares (ECV) y complicación cardiovascular entre las mujeres con PE previa y las normotensas. Los grupos desconocen los factores de riesgos cardiovasculares y, además de eso, refieren dificultades de acceso en los servicios de atención primaria. Conclusiones: las mujeres con histórico de PE poseen riesgo aumentado de desarrollar ECV, desconocen las complicaciones tardías de esa enfermedad y en relación a las normotensas no reciben seguimiento en ambulatorio especializado.

Descriptor: Perdida de Seguimiento; Preeclampsia; Control de Riesgo; Enfermedades Cardiovasculares.

¹ Estudiante de doctorado y Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Profesor, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

³ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Correspondencia:

Maria de Lourdes Costa da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Av. Senador Salgado Filho, s/n
Campus Universitário
CEP: 59078-970, Natal, RN, Brasil
E-mail: lurdinhafof@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen el enfoque de la atención de las políticas públicas de salud en, Brasil, por representar la principal causa de muerte en todo el país, en ambos géneros⁽¹⁾. Estrategias de educación en salud, entrenamiento de profesionales y medidas preventivas han sido implementadas, una vez que está ocurriendo un aumento de esos eventos en mujeres con edad inferior a 55 años. A pesar de eso, las medidas para la reducción de daños cardiovasculares precisan avanzar, ya que la causa de esas enfermedades permanece desconocida, a pesar de que varios factores de riesgo contribuyen para su ocurrencia.

En la mujer, se destacan como agravantes para las ECVs la hipertensión de la gestación, la pre-eclampsia (PE) y eclampsia, diabetes mellitus y obesidad⁽²⁾. En ese sentido, las directrices de la *American Heart Association* considera la PE como una de las principales complicaciones de la gestación asociadas al riesgo cardiovascular⁽³⁾.

La PE es una enfermedad multisistémica, identificada por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria después de la 20ª semana de gestación⁽⁴⁾, y su incidencia varía en torno de 10%⁽⁵⁾. Es considerada como una complicación de extrema gravedad del ciclo de embarazo puerperal, por corroborar con el surgimiento de secuelas metabólicas a corto y largo plazo y aumentar el riesgo cardiovascular. En consecuencia de esos resultados, la PE es apuntada como un factor de riesgo independiente y relevante para ECV⁽⁶⁾.

De esa forma, es recomendable promover la evaluación clínica y subclínica en el período posparto, con educación consistente e incentivo a introducir cambios en el estilo de vida de las mujeres acometidas por PE⁽⁷⁾. De la misma forma, son necesarios el seguimiento sistemático, la identificación y la monitorización de los factores de riesgo cardiovasculares por los profesionales de salud, que participan en la atención en el nivel primario de asistencia, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad de esta población⁽³⁾.

Para la concretización del cuidado, el servicio de atención primaria debe ser de fácil acceso y disponible a la población. En caso contrario, se postergará la procura por asistencia, afectando el diagnóstico y la realización de conductas necesarias al problema. Así, el acceso, una de las más importantes características de la atención primaria, directamente relacionado a una acción resolutoria, ultrapasa la dimensión geográfica, incluyendo aspectos en el ámbito económico, cultural y funcional de oferta de servicios⁽⁸⁾.

Cabe resaltar que, después de la creación del programa Estrategia Salud de la Familia (ESF), hubo la ampliación del acceso y oferta de acciones a la población⁽⁸⁾. Sin embargo, los servicios de salud parecen no estar preparados para considerar a las mujeres con historia anterior de PE como vulnerables al surgimiento de ECV. Esas usuarias están inseridas en un contexto de asistencia que las nivela a cualquier otra parcela de la población.

Comúnmente, la atención es fragmentada, puntual, y ocurre mediante demanda espontánea, lo que no siempre refleja las necesidades de la población. Sin embargo, es necesario que el Sistema Único de Salud (SUS) y los profesionales del área dispongan de competencia para realizar intervenciones razonables que promuevan la mejoría de la calidad de vida de la población, minimicen los factores de riesgo e impidan el empeoramiento de las enfermedades⁽⁹⁾.

Considerando las evidentes asociaciones de la PE con el surgimiento a largo plazo de ECV y el predominio de estudios que enfatizan el diagnóstico precoz y la identificación de los factores de riesgo de esa enfermedad en el período preparto, es necesario realizar trabajos prospectivos de largo plazo que evidencien el abordaje y seguimiento de esa población en el nivel primario de asistencia a la salud⁽¹⁰⁾.

En ese sentido, el referido estudio presenta relevancia desde el punto de vista epidemiológico, ya que informará a los gestores y profesionales de salud la real condición de riesgo cardiovascular de las mujeres que presentan PE, con el objetivo de dirigir las políticas eficaces de salud para el seguimiento sistemático en el período posparto tardío.

Frente a esa problemática, se cuestiona: ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular presentes en mujeres con histórico de PE desde hace cinco años? ¿Existe acompañamiento de esas mujeres en los servicios de atención primaria de salud?

Delante de esos cuestionamientos, se tuvo como objetivo del estudio identificar a las mujeres con factores de riesgo cardiovascular, cinco años después de la pre-eclampsia (PE), y averiguar el seguimiento de esas mujeres en los servicios de atención primaria de salud.

Métodos

Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva, de abordaje cuantitativo, realizada en la Maternidad Escuela Janeiro Cicco (MEJC), institución de referencia terciaria del SUS para la atención a las gestantes de alto riesgo, localizada en el Municipio de Natal/RN.

La población del estudio fue composta por 311 mujeres seleccionadas del banco de datos del grupo de

investigación de salud de la mujer, de la Universidad Federal del Rio Grande del Norte, con histórico de PE y normotensas que tuvieron sus partos realizados en esa maternidad hace cinco años.

Se consideró criterios de inclusión: tener diagnóstico clínico-laboratorio de PE, no presentar déficit mental y residir en Natal/RN. Para el cálculo de la muestra fue considerado un límite de 5% sobre el error de estimación para la proporción de la muestra, considerando una proporción poblacional de 50% de mujeres con histórico de pre-eclampsia, de ese modo se obtuvo un tamaño de muestra conservador, o sea, la obtención de una muestra posiblemente mayor que la necesaria, la que totalizó 175 mujeres, de estas 87 con PE previa y 88 que no desarrollaron ninguna forma de hipertensión en la gestación, las que fueron seleccionadas a través del método de muestreo aleatorio simple.

Entre los criterios de exclusión fueron adoptados: antecedentes personales de ECV, déficit cognitivo o secuelas neurológicas y llenado inadecuado de informaciones referentes al diagnóstico de PE en las fichas médicas. Dejaron de participar del estudio 22 mujeres, siendo 14 por ausencia de confirmación del diagnóstico de PE en el banco de datos y fichas médicas y ocho no aceptaron participar de la investigación. Con relación al grupo de las normotensas 13 no se adecuaban a los criterios de inclusión y 10 no se ofrecieron como voluntarias. En ese sentido, la muestra final representativa para esta población se constituyó de 130 mujeres elegibles para el estudio y clasificadas en dos grupos según la variable diagnóstico: Normotensa (n=65) y PE (n= 65).

La investigación fue realizada en el período de marzo a diciembre de 2011. Inicialmente, a través de búsqueda directa; el contacto con las mujeres se realizó en sus residencias, momento en que fueron hechas las aclaraciones detalladas acerca de las características y finalidades del estudio, con indicación del local y fecha de la recolección de datos, comúnmente en unidades de salud de atención primaria, próximas a las residencias de las encuestadas, en Natal.

El instrumento para recolección de datos fue el formulario, compuesto por ítems relacionados la variables cualitativas como: estado civil, renta, escolaridad, profesión, tipo de parto, antecedentes familiares de ECV, complicaciones cardiovasculares actuales, conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, frecuencia de utilización de los servicios de salud, medida de la presión arterial, acompañamiento por el equipo de salud, servicio de salud de referencia, acceso y visita médica. Las variables cuantitativas fueron; edad, peso, índice de masa corporal (IMC) y número de gestaciones.

El instrumento de recolección de datos fue desarrollado con base en documentos de investigadores con experiencia en la área de embarazo de alto riesgo y en publicaciones referentes a la promoción de cuidados a largo plazo en mujeres que presentan riesgo cardiovascular⁽³⁻⁴⁾.

Se aseguró la credibilidad de los datos recolectados a través de la validación de contenido y aparente del formulario, realizado en dos momentos: inicialmente el contenido fue juzgado por un grupo de cinco especialistas en la área de obstetricia, con experiencia en gestación de alto riesgo que consideraron los ítems amplios, representativos y de fácil comprensión acerca de la temática investigada. Posteriormente, se realizó la pre-prueba del instrumento con 13 mujeres que no hacían parte de la investigación, correspondiendo a 10% de la muestra seleccionada. No hubo necesidad de hacer modificaciones para atender el objetivo de la investigación.

Después del llenado del formulario, se realizó la evaluación de las medidas antropométricas (peso y altura), conforme recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para evaluación del estado nutricional (sobrepeso y obesidad), las mujeres fueron clasificadas de acuerdo con IMC obtenido, utilizando los puntos de corte recomendados por la OMS, que considera bajo peso el $IMC < 18,4 \text{ kg.m}^2$, peso adecuado para el IMC variando de $18,5 \text{ kg.m}^2$ a $24,9 \text{ kg.m}^2$, sobrepeso el IMC de $25,0 \text{ kg.m}^2$ a $29,9 \text{ kg.m}^2$ y obesidad para los valores a partir de $30,0 \text{ kg.m}^2$ (11).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, nº CEP-UFRN 08/01, y todas las participantes recibieron informaciones sobre la importancia de la investigación, dejándolas libres para decir sobre la participación en la investigación, de acuerdo con el Término de Consentimiento Libre e Informado, de conformidad con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽¹²⁾.

En el análisis de los datos se empleó el programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versión 17.0. Para verificar la asociación entre las variables cualitativas y el diagnóstico de PE o normotensa, fue utilizada la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en cuanto que, para correlacionar el nivel de escolaridad y el conocimiento, fue aplicada la prueba de correlación de Spearman. Las variables IMC y el número de gestación no presentaron normalidad en los datos y, por tanto se seleccionó la prueba de Mann-Whitney para comparar promedios, en cuanto que en las demás variables cuantitativas se utilizó la prueba *t* de Student, ya que esas variables presentaron normalidad en sus datos. En todas las pruebas se utilizó un nivel de 5% de significancia.

Resultados

Los dos grupos de mujeres analizadas tenían características sociodemográficas semejantes. El promedio de edad varió entre 30,85 años (de \pm 7,13) y 30,58 años (de \pm 6,75), respectivamente (Tabla 1), como situación conyugal predominante se encontró la unión consensual (63,07%), y la enseñanza media como grado de instrucción (59,23%). La renta familiar de hasta tres salarios mínimos fue observada en 94,61% y 62,30% afirmaron tener como profesión las actividades del hogar.

Con relación a las características obstétricas, hubo diferencia significativa de 5% entre los grupos. El parto a

través de cesárea fue predominante entre las mujeres con diagnóstico de PE (85,94%), en relación a 31,75% de las normotensas ($p=0,000$). En lo que se refiere al número de gestaciones, los grupos fueron similares ($p=0,184$).

Los datos antropométricos presentados en la Tabla 1 revelan un índice elevado de IMC entre las mujeres del grupo de PE, con promedio de 30,68 kg.m² (de \pm 10,85), clasificación compatible con obesidad. En lo que se refiere al grupo de normotensas, se observó IMC promedio de 26,69 kg.m² (de \pm 6,50), caracterizando sobrepeso. De manera general, se observó diferencia significativa entre los dos grupos, respectivamente, ($p=0,001$) y ($p=0,008$).

Tabla 1 - Distribución de los valores promedios y desviación estándar referentes a la edad, peso y IMC entre mujeres normotensas y las con histórico de pre-eclampsia. Natal, RN, Brasil, 2011

Variables	Normotensa		Pré-eclampsia		Prueba	p-valor
	Promedio	de*	Promedio	de		
Edad	30,58	6,754	30,85	7,133	-0,215	0,830 [†]
Peso	64,00	15,652	71,40	15,732	-2,688	0,008 [†]
Índice de Masa Corporal	26,69	6,504	30,68	10,852	1.412,50	0,001 [‡]

*Desviación estándar

[†]Prueba t de Student

[‡]Prueba Mann-Whitney

Las características clínicas y los factores actuales de riesgo cardiovascular son presentados en la Tabla 2, en la cual se observa que, en relación al histórico de antecedentes familiares para ECV, que incluye hipertensión arterial sistémica, infarto agudo del miocardio, angina y accidente

vascular encefálico, 93,85% de las mujeres acometidas por PE y 76,92 % del grupo de las normotensas relataron la existencia de ECV en pariente de primer grado. Esos datos demuestran una diferencia significativa entre las participantes estudiadas ($p= 0,006$).

Tabla 2 - Características clínicas y factores actuales de riesgo cardiovascular de mujeres normotensas y con histórico de pre-eclampsia. Natal, RN, Brasil, 2011

Variables	Normotensa		Pre-eclampsia		p-valor*
	n	%	n	%	
Complicaciones cardiovasculares actuales					0,002
No	61	93,85	48	73,85	
Si	4	6,15	17	26,15	
Antecedentes familiares cardiovasculares					0,006
No	15	23,08	4	6,15	
Si	50	76,92	61	93,85	
Medida de la presión arterial					0,108
No	57	87,69	50	76,92	
Si	8	12,31	15	23,08	
Conocimiento del riesgo cardiovascular					0,861
No	33	50,77	34	52,31	
Si	32	49,23	31	47,69	

*Prueba Chi-cuadrado de Pearson

En cuanto a la frecuencia de ocurrencias y complicaciones actuales en el cuadro de salud, 26,15% de las mujeres con histórico de PE presentaban alguna complicación cardiovascular, como hipertensión arterial.

Por otro lado, ese evento ocurrió en apenas 6,15% de las normotensas, siendo evidenciada una diferencia estadística consistente entre los grupos ($p= 0,002$). En las investigaciones sobre la frecuencia de la medida

de la presión arterial, 76,92% de las entrevistadas que presentaron PE afirmaron no realizar este control, de la misma forma que 87,69% de las normotensas ($p=0,108$).

En lo que se refiere al conocimiento de las participantes acerca de los factores de riesgo para ECV, fue evidenciado un desconocimiento tanto en el grupo

de PE (52,31%), como en el grupo de las normotensas (50,77%) ($p=0,861$). La Tabla 3 muestra una correlación positiva y significativa entre el grado de escolaridad y el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular en el grupo de PE ($r=0,250$, $p=0,044$) y de normotensas ($r= 0,318$, $p= 0,010$).

Tabla 3 - Correlación entre nivel de escolaridad y el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular de las mujeres normotensas y las con historia de pre-eclampsia. Natal, RN, Brasil, 2011

Diagnóstico	Grado de escolaridad	Conoce el riesgo cardiovascular				r*	p†
		No		Si			
		n	%	n	%		
Normotensa	Sin instrucción	1	3,0	0	0,0	0,318	0,010
	Enseñanza fundamental	19	57,6	9	28,1		
	Enseñanza media	12	36,4	22	68,8		
	Enseñanza superior	1	3,0	1	3,1		
Pre-eclampsia	Sin instrucción	1	2,9	0	0,0	0,250	0,044
	Enseñanza fundamental	16	47,1	7	22,6		
	Enseñanza Media	15	44,1	23	74,2		
	Enseñanza superior	2	5,9	1	3,2		

*Coeficiente de correlación

†Probabilidades para la prueba de Correlación de Spearman

La Tabla 4 apunta que 89,09% de las investigadas con PE y 90,00% de las mujeres normotensas afirmaron que actualmente no realizan ningún tipo de acompañamiento con profesional de salud ($p=0,639$). En lo que se refiere al acceso, la mayoría de las entrevistadas, tanto en el grupo de las normotensas (93,85%) como entre las con PE (92,31%), dispone de servicio de salud de referencia ($p=0,730$). Entretanto, 72,31% y 67,69% de las participantes normotensas y con PE previa,

respectivamente, informaron tener dificultades de acceso a los servicios de atención primaria de salud ($p=0,548$), así como, independientemente de haber desarrollado un embarazo normal (86,15%) o con PE (75,38%), raramente buscan atención médica, por dificultades como: número insuficiente de profesionales (principalmente el médico), forma inadecuada de programación de consultas, exámenes, encaminamientos y falta de medicamentos ($p=0,119$).

Tabla 4 - Distribución de la población estudiada según las condiciones de seguimiento en los servicios de atención primaria de la salud, Natal, RN, Brasil, 2011

Variables	Normotensa		Pre-Eclampsia		p-valor
	n	%	n	%	
Acompañamiento por profesional de salud					0,639*
No	18	90,00	49	89,09	
Si	2	10,00	6	10,91	
Servicio de salud de referencia					0,730*
No	4	6,15	5	7,69	
Si	61	93,85	60	92,31	
Acceso					0,548*
Dificultad	47	72,31	44	67,69	
Facilidad	18	27,69	20	30,77	
Particular	0	0,00	1	1,54	
Visita Médica					0,119
Raramente	56	86,15	49	75,38	
Frecuente	9	13,85	16	24,62	

*Prueba Chi-cuadrado de Pearson

Discusión

La investigación acerca del seguimiento de las mujeres con histórico de PE corrobora los otros estudios

que constataron la íntima relación de esa enfermedad con alteraciones metabólicas y riesgo cardiovascular, en el largo plazo⁽¹³⁾. De esa forma, el IMC del grupo con

PE fue significativamente mayor que el de las mujeres con histórico de embarazo normal. Estos datos están de acuerdo con estudios semejantes que también constataron aumento del IMC en las mujeres con PE previa^(5,14).

La frecuencia significativamente mayor de parto cesáreo entre las mujeres con PE previa, cuando comparadas la mujeres que tuvieron embarazo normal, es consistente con los resultados de un estudio anterior que evidenció una porcentaje mayor de cesáreas en mujeres acometidas por hipertensión causada por el embarazo⁽¹⁵⁾. Sin embargo, el *American College of Obstetrics and Gynecology* recomienda la vía vaginal por la posibilidad de obtener los beneficios maternos y la mayor probabilidad de suceso con la inducción, además de reducir los riesgos de complicaciones hemorrágicas⁽⁴⁾. Los hallazgos de manifestaciones clínicas sugestivas de eventos cardiovasculares en las mujeres con PE, investigadas en este estudio, difieren de investigaciones anteriores, que registran el surgimiento de ECV alrededor de 10 años después de la PE^(6,16).

El predominio del histórico familiar para ECV entre las mujeres acometidas por PE en detrimento de las normotensas sugiere que los factores de riesgo cardiovascular frecuentemente se presentan de forma agregada a la predisposición genética y a los factores ambientales⁽¹⁷⁾. Sin embargo, algunos autores reafirman que independiente de los factores de riesgo tradicionales para ECV (entre los cuales los antecedentes familiares) las enfermedades de hipertensión del embarazo pueden aumentar su surgimiento en el largo plazo⁽¹⁸⁾.

En cuanto al seguimiento en ambulatorio de las mujeres con PE, investigadas en ese estudio, se constató que a pesar de ser un grupo vulnerable al desarrollo de ECV y estar inserido en el área cubierta por la estrategia salud de la familia, con unidad de salud de referencia en el barrio, ese seguimiento no está siendo realizado por asuntos relacionadas al acceso de las mujeres a ese servicio, lo que se configura como una probable desintegración de la red asistencial de salud y el no cumplimiento de los principios del SUS⁽¹⁹⁾.

Las directrices internacionales determinan el control de rutina y reevaluación anual de la presión arterial (PA) de las mujeres acometidas por la PE⁽³⁾. Sin embargo, los dos grupos no monitorizan la PA. Estudios similares evidenciaron la monitorización de la presión arterial de mujeres con PE por un período máximo de tres meses después del parto, lo que contribuyó para el aumento del riesgo cardiovascular⁽²⁰⁾.

Los datos también mostraron que la constatación de la presencia de PE no fue considerada relevante para que ellas tuviesen una atención diferenciada en relación a las normotensas. Tal circunstancia puede ser minimizada a partir

de la organización de los servicios de atención primaria, los cuales deben disponer de estructura física e insumos adecuados. Además de eso, es fundamental la presencia del equipo interdisciplinar competente y comprometido con el desarrollo de acciones enfocadas en los usuarios con potenciales factores de riesgo, objetivando prevenir el apareamiento de enfermedades y daños evitables, y realizar el acompañamiento de eventos instalados⁽⁸⁾.

Otro aspecto importante en que no hubo distinción entre los grupos de PE y normotensas se refiere al desconocimiento de factores de riesgo cardiovascular. A pesar de que las mujeres fueron informadas de que presentaban hipertensión del embarazo, aparentemente no fueron esclarecidas sobre las posibles consecuencias de la enfermedad y la necesidad de tener un acompañamiento tardío y realizar cambios en los hábitos de vida – como alimentación saludable, realización de actividad física, control regular de la PA, entre otros. Se considera también que la falta de conocimiento contribuyó para una búsqueda poco frecuente por atención entre las mujeres con previa PE.

Así, la educación en salud dirigida a esa población específica debe ser priorizada por el equipo interdisciplinar durante el ciclo de embarazo puerperal y en el momento del alta hospitalaria, con un abordaje compatible con el nivel socioeconómico y educacional.

En esa perspectiva, el enfermero, como elemento clave en el proceso de cuidar, actúa en la identificación de los riesgos de enfermarse y prevención de perjuicios. Por tanto, es necesaria una revisión de su práctica clínica para que sea organizada de forma integral y resolutiva, enfocada en la singularidad y autonomía del usuario⁽²¹⁾.

Conclusión

La investigación constató que las mujeres con antecedentes familiares ECV, obesidad y manifestaciones clínicas actuales sugestivas de ECV poseen riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares, potencializado por el histórico de PE, sin embargo no existe un atención especializada y un seguimiento adecuado en ambulatorios de las redes de atención primaria.

Por tanto, son necesarias la manutención de un sistema estructurado de referencia y contra-referencia, y un equipo interdisciplinar competente y calificado, en el cual el enfermero está inserido, para diagnosticar precozmente y promover el seguimiento de mujeres con riesgo cardiovascular, a través de la educación en salud durante el ciclo de embarazo puerperal y en el momento del alta hospitalaria, objetivando la adquisición de conocimientos referentes a las complicaciones tardías de esa enfermedad y a la importancia del acompañamiento

en ambulatorio en el largo plazo, con énfasis en la monitorización de los datos clínicos y en la implementación de un estilo de vida saludable.

El presente estudio tuvo como limitación la localización de las mujeres, debido a los cambios frecuentes de números telefónicos y dirección, comúnmente de difícil acceso, lo que impidió una expansión mayor de la investigación en relación a la muestra.

Es necesaria la realización de nuevos estudios que investiguen el funcionamiento y la integración de los servicios de atención a las mujeres en el ciclo de embarazo puerperal, sobre todo las consideradas de riesgo cardiovascular, con la finalidad de trazar estrategias de mejoría de la calidad y obtener una atención resolutiva para la salud de la mujer y que puedan apoyar los resultados encontrados en este estudio.

Referencias

- Mansur AP, Favarato D. mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização. 2011. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):755-61.
- Valdiviezo C, Garovic VD, Ouyang P. Preeclampsia and Hypertensive Disease in Pregnancy: Their Contributions to Cardiovascular Risk. *Clin Cardiol.* 2012;35(3):160-5.
- Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011. Update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123:1243-62.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and Management of preeclampsia and Eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2002;33:159-67.
- Mangos GJ, Spaan JJ, Pirabhar, Brown MA. Markers of cardiovascular disease risk after hypertension in pregnancy. *J. Hypertens.* 2012;30(2):351-8.
- McDonald SD, Malinowski A, Zhou Q, Yusuf S, Devereaux PJ. Cardiovascular sequelae of preeclampsia/eclampsia: a systematic review and meta-analyses. *Am Heart J.* 2008;156(5):918-30.
- Firoz, T, Melnik T. Postpartum evaluation and long term implications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011;25(4):549-61.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretário de Saúde; Ministério da Saúde; 2011.
- Carolino IDR, Molena-Fernandes CA, Tasca RS, Marcon SS, Cuman RKN. Risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(2):238-44.
- Melo BCP, Amorim MMR, Katz L, Coutinho I, Veríssimo G. Perfil Epidemiológico e Evolução Clínica Pós-Parto na Pré-Eclampsia Grave. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(2):175-80.
- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1995;854:1-452.
- Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (BR). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. 1996. [acesso 28 fev 2013]. Disponível em: http://www.ee.usp.br/pesq/doc/resolucao_196-96.pdf
- Forest JC, Girouard J, Massé J. Early occurrence of metabolic syndrome after hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1373-80.
- Lu J, Zhao YY, Qiao J, Zhang HJ, Ge L, Wei Y, et al. A follow-up study of women with a history of severe preeclampsia: relationship between metabolic syndrome and preeclampsia. *Chin Med J.* 2011;124(5):775-9.
- Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barosa AH, Moraes OB Filho. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):70-9.
- Smith, GN, Pudwell J, Walker M, Wen SW. Ten-year, thirty-year, and lifetime cardiovascular disease risk estimates following a pregnancy complicated by preeclampsia. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(9):830-5.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martins JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto-SP. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(1):31-5.
- Cassidy-Bushrow AE, Bielak LF, Rule AD, Sheedy PF, Turner ST, Garovic VD, et al. Hypertension during pregnancy is associated with coronary artery calcium independent of renal function. *J. Womens Health.* (Larchmt). 2009;18(10):1709-16.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20 Suppl:190-8.
- Macdonald SE, Walker M, Ramshaw H, Godwin M, Chen XK, Smith G. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of hypertension: what do Ontario prenatal care providers know, and what do they communicate? *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29:705-10.
- Nauderer TM, Lima MAD. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(5):889-94.

Recibido: 25.3.2013

Aceptado: 23.9.2013