

## Alteraciones durante el embarazo en mujeres brasileñas que han dado a luz siendo atendidas en los sistemas públicos y privados de salud<sup>1</sup>

Patrícia Louise Rodrigues Varela<sup>2</sup>

Rosana Rosseto de Oliveira<sup>3</sup>

Emiliana Cristina Melo<sup>4</sup>

Thais Aidar de Freitas Mathias<sup>5</sup>

Objetivo: analizar la prevalencia de alteraciones durante el embarazo y el perfil socio-demográfico de los partos con alteraciones, según financiamiento del parto. Método: estudio transversal, con entrevistas a 928 mujeres que han dado a luz siendo financiado tanto por el Sistema Único de Salud como por convenios y particulares (no pertenecientes al Sistema Único de Salud). La muestra fue calculada a partir de los nacimientos registrados en el Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos, estratificados por hospital y tipo de financiamiento del parto. Los datos fueron analizados por medio del test chi-cuadrado y exacto de Fisher. Resultados: para todas las puérperas, la prevalencia fue 87,8%, con media de 2,4 alteraciones por mujer. Para partos financiados por el Sistema Único de Salud, infección del tracto urinario (38,2%), anemia (26,0%) y leucorrea (23,5%) fueron las más frecuentes. Para partos no realizados por medio del Sistema Único de Salud hubo mayor prevalencia de sangramiento vaginal (26,4%), infección del tracto urinario (23,9%) y leucorrea (23,7%). Las que realizaron parto por el Sistema Único de Salud relataron mayor número de alteraciones relacionadas a las enfermedades infecciosas, mientras que las atendidas por convenios y particulares, las relacionadas a enfermedades crónicas. Se observó mayor frecuencia de adolescentes, no blancas y sin compañero entre aquellas con parto por el Sistema Único de Salud ( $p < 0,001$ ). Conclusión: la elevada prevalencia de alteraciones indica necesidad de monitoramiento y prevención de los agravios en la gestación, principalmente para gestantes con características sociodemográficas desfavorables.

Descriptores: Complicaciones del Embarazo; Embarazo; Morbilidad; Atención Prenatal; Financiación de la Atención de la Salud.

<sup>1</sup> Artículo parte de Tesis de Doctorado "Intercorrências na gestação: prevalência e fatores associados", presentada en lo Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 473708/2012-4.




<sup>2</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Estudiante de postdoctorado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Becario de la Coordinación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, PR, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Varela PLR, Oliveira RR, Melo EC, Mathias TAF, Oliveira RR. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2949. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>. día mes año

URL

## Introducción

La gestación es un acontecimiento fisiológico en la vida de la mujer y su desarrollo ocurre, en general, sin complicaciones. Sin embargo, a cada año centenas de millares de mujeres mueren debido a alteraciones durante la gestación y el parto<sup>(1)</sup>.

Se han observado que los problemas de salud, durante la gestación, han aumentado mundialmente, principalmente debido a complejas interacciones entre factores demográficos y estilo de vida, además de los avances de la medicina moderna<sup>(2)</sup>, con nuevas prácticas diagnósticas y terapéuticas.

Entre las principales alteraciones clínicas en el embarazo, relatadas en la literatura, se destacan las Infecciones del Tracto Urinario (ITU)<sup>(3-4)</sup>, la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación (DHEG), anemia e hiperémesis<sup>(5-6)</sup>. En Estados Unidos de América, en estudio multicéntrico sobre hospitalizaciones durante el embarazo, se notó aumento de 71% en la ocurrencia de DHEG, entre 1994 y 2011<sup>(7)</sup>. En otro estudio, también en Estados Unidos de América, se observó que las principales alteraciones asociadas a la mortalidad materna fueron la pre-eclampsia y la hemorragia obstétrica<sup>(8)</sup>.

Otro agravante común en la gestación es el CTI, con gravedad y frecuencia bien conocidas<sup>(9)</sup>. Es uno de los principales factores de riesgo para parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y eclampsia<sup>(10)</sup>. La anemia que, según estimativa, puede alcanzar 19% de las embarazadas en el mundo<sup>(11)</sup>, está asociada al bajo nivel sociodemográfico y es más común en la gestación de países en desarrollo<sup>(12)</sup>.

Mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables, enfermedades pre-existentes, como diabetes, hipertensión, anemias y cardiopatías y adolescentes o mujeres con más de 35 años de edad pueden presentar mayor probabilidad de agravantes que contribuyen para resultados indeseables, ya que alteraciones durante la gestación son factores predictores de la morbilidad materna y fetal<sup>(13-14)</sup>. Se estima que, para cada mujer que muere en el período de la gestación, otras 20 a 30 experimentan alteraciones agudas o crónicas, con problemas permanentes que perjudican la funcionalidad del organismo<sup>(15)</sup>. Las alteraciones en la gestación afectan también la asignación de recursos financieros destinados a la salud materno-infantil. En Estados Unidos, en una investigación realizada con 137.040 lactantes, de 2007 a 2011, se encontró prevalencia de 75,4% de mujeres con, por lo menos, una alteración en el período de la gestación, con aumento de U\$987 para U\$10.287 en el costo del atendimento a los recién nacidos<sup>(16)</sup>.

En Brasil, son muchos los programas implantados para asistencia, prevención y control de la morbilidad de mujeres durante la gestación, parto y post-parto, en especial aquellos desarrollados a nivel nacional, como el Rede Cegonha\*, y estadual, como el Rede Mãe Paranaense, en el Estado de Paraná\*\*. Con todo, esos esfuerzos no alcanzaron plenamente los objetivos esperados. El 5º Objetivo del Desarrollo del Milenio buscaba la reducción de las tasas de mortalidad materna en 75%, hasta el año 2015, pero esa reducción fue de apenas 45%<sup>(1)</sup> en todo el mundo, inclusive en Brasil.

Conocer la prevalencia, los principales tipos de enfermedades o agravantes y las características sociodemográficas de mujeres con alteraciones en la gestación puede favorecer el manejo y la prevención de problemas indeseables para la madre y su hijo. De esa forma, en este estudio se buscó responder a las siguientes preguntas: cuál es la prevalencia y los principales tipos de alteraciones durante el embarazo y cuál es el perfil sociodemográfico de esas mujeres en un municipio de la Región Sur de Brasil? Estudios de población son necesarios, principalmente los que presentan panorama general de las alteraciones que, sumado al perfil sociodemográfico, puede contribuir para conocer las características de atención a la salud y mejorar el cuidado a la mujer en el período gestacional. Fue el objetivo de este estudio analizar la prevalencia de alteraciones durante el embarazo y el perfil sociodemográfico de las puérperas con alteraciones, según financiamiento del parto.

## Método

Estudio transversal, con datos de entrevistas y de prontuarios de puérperas residentes en el municipio de Maringá, PR, según tipo de financiamiento del parto. Maringá está localizada en el noroeste de Paraná. Es el tercer municipio más populoso del Estado, con población estimada en 403.063 habitantes, en 2015, y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) fue de 0,81, el sexto de Paraná\*\*\*.

El atendimento al parto en Maringá es realizado en seis hospitales, siendo que en dos hay lechos obstétricos

\* Ministerio de Salud (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junio de 2011. Instituye, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) la Rede Cegonha. Brasília (DF): Gabinete del Ministro; 2011. [Acceso 14 nov. 2016]. Disponible en: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>

\*\* Secretaría del Estado de Salud de Paraná (PR). Línea rede Mãe Paranaense. Curitiba: SESA; 2012. [Acceso 14 nov. 2016]. Disponible en: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>

\*\*\* Instituto Paranaense de Desarrollo Económico y Social. Paraná en números. Curitiba: IPARDES; [Internet]. 2015 [Acceso 4 jul. 2016]. Disponible en: <[http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg\\_conteudo=1&cod\\_conteudo=1](http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=1)>

por convenio al Sistema Único de Salud (SUS), de los cuales uno es hospital escuela y atiende exclusivamente por el sector público de salud. La recolección de datos fue realizada en cinco hospitales, pues uno no autorizó la realización de la investigación.

La muestra fue calculada a partir de 4.656 nacimientos de residentes en Maringá, registrados en el Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (Sinasc), en 2012. Los nacimientos fueron estratificados por hospital y por tipo de financiamiento del parto, SUS y no SUS. En este estudio, se entiende como nacimientos "SUS" los partos financiados por el Sistema Único de Salud y "no SUS" los partos financiados por todos los convenios y particulares. Fueron considerados los porcentajes de nacimientos por hospital y tipo de financiamiento del parto, excluidos 638 nacimientos ocurridos en un hospital privado por no haber sido autorizada la realización de la investigación (Tabla 1). Los parámetros utilizados para el cálculo de la muestra fueron: erro alfa de 0,05, frecuencia relativa de 50% de exposición y erro máximo de estimación de 0,03%. El valor final de 928 puérperas ya incluye el aumento de 10% para posibles pérdidas y denegaciones. Los criterios de inclusión fueron: residir en el municipio de Maringá, con nacido vivo en esa gestación e internación en alojamiento conjunto.

El entrenamiento para la recolección de datos, ejecutado por tres alumnas de doctorado en enfermería y una enfermera contratada para la investigación, fue realizado en reuniones con aplicación de manual de instrucciones para el trabajo de campo, además de test-piloto en uno de los hospitales con mayor número de partos.

Los datos fueron recolectados en el período de octubre de 2013 a febrero de 2014, en visitas diarias a los hospitales, inclusive en sábados, domingos y feriados, sin interrupción, hasta el llenado del número de la muestra. Después de la identificación de las puérperas residentes en Maringá, por medio del prontuario

hospitalario, esas fueron abordadas en el alojamiento conjunto y convidadas a participar de la investigación. Fueron evitados los horarios de alimentación, visitas, procedimientos médicos y de enfermería y de cuidados al recién nacido. Apenas dos puérperas recusaron participar del estudio, refiriendo desgaste debido a la larga internación desde la gestación, y fueron substituidas. Fue utilizado formulario *online* en el Google Docs, que permite agilidad tanto en la recolección como en el almacenamiento de los datos en planilla. Durante el trabajo de campo, las planillas eran revisadas diariamente, buscando la seguridad y la calidad de los datos, si es necesario nueva consulta a los prontuarios y contacto con la puérpera eran realizados.

Para las informaciones sobre las alteraciones, primero fue preguntado a la puérpera si, durante la gestación, presentó alguno de los siguientes agravantes: sangramiento vaginal, sífilis, *Diabetes Mellitus* (DM), gonorrea/clamidia, infección por el VIH, corrimiento vaginal, Placenta Previa (PP), Desprendimiento Prematuro de la Placenta (DPP), polihidramnios, oligohidramnios, malformación fetal, depresión, hipertensión arterial gestacional y/o Infección del Tracto Urinario (ITU), con la posibilidad de respuesta sí o no. En seguida, fue preguntado: *usted tuvo algún otro problema grave de salud durante la gestación? Si es sí, cuál?*, o sea, la misma puérpera espontáneamente relató alteraciones durante el embarazo, sin la interferencia de la entrevistadora. Para garantizar mayor fidelidad de las respuestas, además de preguntar si tuvo o no la alteración, para cada una de ellas, fue indagado si fueron realizados exámenes de laboratorio y si hubo diagnóstico médico y/o tratamiento. La ocurrencia de la leucorrea solamente fue considerada cuando hubo relato de tratamiento medicamentoso. El prontuario fue consultado para complementar otras alteraciones no informadas en la entrevista, por ejemplo: si en la entrevista la puérpera no relató poli hidramnios

Tabla 1 – Distribución de nacimientos de residentes en Maringá, según hospital y tipo de financiamiento del parto. Maringá, PR, Brasil, 2012

Hospital	N	%	Total	Total+10%
Hospital 1 (SUS*)	394	9,8	83	91
Hospital 2 (SUS*)	1727	43,0	362	398
Total SUS	2121	-	445	489
Hospital 2 (No SUS*)	742	18,5	156	172
Hospital 3 (No SUS*)	388	9,7	81	89
Hospital 4 (No SUS*)	498	12,4	105	116
Hospital 5 (No SUS*)	269	6,7	56	62
Total no SUS*	1897	-	398	439
Total	4018	100	843	928

\*Sistema Único de Salud

en la gestación, pero existía esa información en el prontuario, esa fue considerada.

El análisis de la prevalencia de alteraciones fue realizada según el tipo de financiamiento del parto, Sistema Único de Salud (SUS) o convenios y particular (no SUS), por características socioeconómicas: edad, etnia, zona de residencia, escolaridad, presencia de compañero, clase económica (A, B, C, D, E) y financiamiento del pre-natal, auto referidas durante la entrevista. La variante clase económica fue definida de acuerdo con el Criterio de Clasificación Económica Brasil de la Asociación Brasileira de Empresas de Investigación (Abep), que estima el poder de compra de las personas por la suma de los valores de propiedad de ítems, más la suma del valor del grado de instrucción, y establece ocho clases económicas. En este estudio, fueron consideradas cinco clases: las clases sociales A1 y A2 (renta media familiar de R\$9.733,00 a R\$6.564,00); las clases sociales B1 y B2 (renta media familiar de R\$3.479,00 a R\$2.013,00); las clases sociales C1 y C2 (renta media familiar de R\$1.195,00 a R\$726,00); la clase social D (renta media familiar de R\$485,00) y la clase social E (renta media familiar de R\$277,00). El financiamiento del pre-natal expresa si el pre-natal fue realizado en la red pública de salud (SUS), en la privada (no SUS) o en ambas (mixto).

Los datos fueron descritos por medio de frecuencias absolutas y relativas y la comparación entre las proporciones fue analizada por el teste chi-cuadrado y exacto de Fisher, cuando es necesario. Las entrevistas y la consulta a los prontuarios fueron realizadas después del contacto con las puérperas, explicación de los objetivos del estudio y asignatura del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). El estudio fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Maringá (UEM), PR (nº 800.748/2014).

## Resultados

De las 928 puérperas, 815 (87,8%) relataron por lo menos una alteración en la gestación, con media de

2,4 alteraciones por mujer, 2,5 para aquellas con partos SUS y 2,4 para aquellas con parto no SUS. Apenas 14,7% de las que tuvieron partos SUS y 9,3% con parto no SUS no tuvieron alteraciones en la gestación ( $p=0,012$ ). Las puérperas con parto no SUS informaron mayor número de alteraciones de que las con parto SUS, tanto para una (21,2 y 19%, respectivamente) como para dos alteraciones (20,5 y 14,9%, respectivamente), ( $p=0,026$ ). Los datos en cuestión están descritos en la Tabla 2.

La ITU (31,5%), seguida de la anemia (24,4%), leucorrea (23,6%), sangramiento vaginal (23,5%), Trabajo de Parto Prematuro (TPP) (22,6%) y DHEG (19,5%) fueron las alteraciones más frecuentes. Entre las puérperas con parto SUS, se observó mayor frecuencia de ITU ( $p<0,001$ ) y oligohidramnios ( $p=0,013$ ), y entre las con parto no SUS, mayor frecuencia de DPP ( $p<0,001$ ), diabetes gestacional ( $p=0,042$ ), placenta previa ( $p<0,001$ ) y polihidramnios ( $p<0,001$ ). Mismo con menor número de casos (menos que 2%), se observó que sífilis, gonorrea, infección por VIH, condiloma, HPV, rubiola y hepatitis B ocurrieron con mayor frecuencia en el embarazo con parto SUS (Tabla 3).

Entre las características sociodemográficas, hubo diferencias según la fuente de financiamiento del parto, mostrando vulnerabilidad para las puérperas con parto SUS. El porcentaje de adolescentes con alteraciones fue mayor para las puérperas con parto SUS (16,1%) de que para las con parto no SUS (9,1%) ( $p<0,001$ ); así como el porcentaje para la etnia no blanca (57,8% parto SUS y 32,4% parto no SUS;  $p<0,001$ ); menos de ocho años de estudio (13,2% parto SUS y 2,3% no SUS;  $p<0,001$ ) y no tener compañero (14,4% parto SUS y 2,8% parto no SUS;  $p<0,001$ ). Con relación a la clase económica, fueron clasificadas en la clase C 56,8% de puérperas con parto SUS y 17,7% de las no SUS ( $p<0,001$ ); en la clase B, 35,7% con parto SUS y 73,1% no SUS ( $p<0,001$ ). Ninguna puérpera con parto no SUS fue clasificada en las clases D o E. Como era esperado, la mayoría de las puérperas con parto SUS (91,6%) hizo pre-natal exclusivamente en la red pública, mientras la mayoría

Tabla 2 – Frecuencia de alteraciones (n e %), según financiamiento del parto. Maringá, PR, Brasil, 2013–2014

Alteraciones	SUS*		No SUS*		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Ninguna	72	14,7	41	9,3	113	12,2	0,012
1	93	19,0	93	21,2	186	20,0	0,411
2	73	14,9	90	20,5	163	17,6	0,026
3	81	16,6	72	16,4	153	16,5	0,947
4 o más	170	34,8	143	32,6	313	33,7	0,481
Total	489	100,0	439	100,0	928	100,0	

\*Sistema Único de Salud

Tabla 3 – Distribución de las alteraciones, según financiamiento del parto. Maringá, PR, Brasil, 2013–2014

Alteraciones*	SUS*		No SUS*		Total†		p
	n	%	n	%	n	%	
Infección del tracto urinario	187	38,2	105	23,9	292	31,5	<0,001
Anemia	127	26,0	99	22,6	226	24,4	0,226
Leucorrea	115	23,5	104	23,7	219	23,6	0,951
Sangramiento vaginal	102	20,9	116	26,4	218	23,5	0,046
Trabajo de parto prematuro	107	21,9	103	23,5	210	22,6	0,566
DHEG§	106	21,7	75	17,1	181	19,5	0,078
DPP¶	32	6,5	80	18,2	112	12,1	<0,001
Diabetes gestacional	33	6,7	46	10,5	79	8,5	0,042
Oligohidramnios	48	9,8	24	5,5	72	7,8	0,013
Placenta previa	9	1,8	38	8,7	47	5,1	<0,001
Depresión	23	4,7	14	3,2	37	4,0	0,239
Polihidramnios	8	1,6	28	6,4	36	3,9	<0,001
RPM¶	20	4,1	8	1,8	28	3,0	0,044
Cálculo renal	12	2,5	8	1,8	20	2,2	0,508
Hipotiroidismo	7	1,4	10	2,3	17	1,8	0,337
Sífilis	7	1,4	1	0,2	8	0,9	0,072**
Hiperémesis	2	0,4	4	0,9	6	0,6	0,430**
Infección intrauterina	2	0,4	3	0,7	5	0,5	0,672**
Gonorrea	5	1,0	-	-	5	0,5	
Influenza A	1	0,2	4	0,9	5	0,5	0,195**
Vómito/náusea	-	-	4	0,9	4	0,4	
Toxoplasmosis	3	0,6	1	0,2	4	0,4	0,626**
Herpes vaginal	1	0,2	2	0,5	3	0,3	0,605**
VIH††	2	0,4	-	-	2	0,2	
Condiloma	2	0,4	-	-	2	0,2	
Hipoglicemia	1	0,2	1	0,2	2	0,2	1**
Human papiloma virus	2	0,4	-	-	2	0,2	
Restricción crecimiento fetal	-	-	2	0,5	2	0,2	
Rubiola	2	0,4	-	-	2	0,2	
Citomegalovirus	-	-	1	0,2	1	0,1	
Dengue	-	-	1	0,2	1	0,1	
Dipnea	-	-	1	0,2	1	0,1	
Hematoma de saco gestacional	1	0,2	-	-	1	0,1	
Hepatitis B	1	0,2	-	-	1	0,1	
Infección de cuello uterino	1	0,2	-	-	1	0,1	
Insuficiencia del cordón	1	0,2	-	-	1	0,1	
Lago venoso	-	-	1	0,2	1	0,1	
Papanicolau positivo	1	0,2	-	-	1	0,1	
Incompatibilidad sanguínea	1	0,2	-	-	1	0,1	
Sangramiento del ovario	-	-	1	0,2	1	0,1	
Streptococos vaginal	1	0,2	-	-	1	0,1	
Hiperglicemia	1	0,2	-	-	1	0,1	
Infección intrauterina	1	0,2	-	-	1	0,1	
Otras**	41	8,4	64	14,6	105	11,3	0,003
Total	1016	-	949	-	1965	-	-

\*Sistema Único de Salud; †Admite más de una respuesta para cada gestante; ‡Preguntado a la puérpera citando cada alteración, con respuesta sí o no; §Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación; ||Desprendimiento Prematuro de la Placenta; ¶Rompimiento Prematuro de Membranas; \*\*Test exacto de Fisher; ††Virus de la Inmunodeficiencia Humana; \*\*Alteraciones informadas por la puérpera por medio de la pregunta: *durante el embarazo usted tuvo algún otro problema serio de salud?* En esa categoría, fueron citados 51 problemas de salud.

Tabla 4 – Características sociodemográficas de puérperas con alteraciones en la gestación, según financiamiento del parto. Maringá, PR, Brasil, 2013–2014

	SUS* (417)		No SUS* (398)		Total (815)		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
<20	67	16,1	8	2,0	75	9,2	<0,001†
20 a 34	300	71,9	323	81,2	623	76,4	0,357
35 o más	50	12,0	67	16,8	117	14,4	0,116
Etnia							
Blanca	176	42,2	269	67,6	445	54,6	<0,001
No blanca	241	57,8	129	32,4	370	45,4	<0,001
Zona de residencia							
Urbana	408	97,8	396	99,5	804	98,6	0,672
Rural	9	2,2	2	0,5	11	1,35	0,035†
Escolaridad							
<8 años	55	13,2	9	2,3	64	7,8	<0,001†
≥8 años	362	86,8	389	97,7	751	92,1	0,325
Compañero							
Sí	357	85,6	387	97,2	744	91,3	0,271
No	60	14,4	11	2,8	71	8,71	<0,001
Clase económica‡							
A	4	1	37	9,3	41	5,0	<0,001†
B	149	35,7	291	73,1	440	54,0	<0,001
C	237	56,8	70	17,6	307	37,7	<0,001
D	22	5,3	-	-	22	2,7	-
E	5	1,2	-	-	5	0,6	-
Financiamiento del pre-natal							
SUS	382	91,6	2	0,5	384	47,1	<0,001
No SUS* o mixto	35	8,4	396	99,5	431	52,9	

\* Sistema Único de Salud; †Test exacto de Fisher; ‡Criterio de la Clasificación Económica Brasil de la Asociación Brasileira de Empresas de Investigación (Abep)

de las puérperas con parto no SUS (99,5%) hizo pre-natal en la red privada o de forma mixta (Tabla 4).

## Discusión

La alta prevalencia de alteraciones en la gestación, relatadas por las puérperas maringaenses, tanto por aquellas con parto financiado por el sector público como por el privado de atención a la salud, es vista como importante en este estudio. Algunas alteraciones y agravantes en el embarazo son, de cierta forma, esperados, una vez que, en el período gestacional, pueden ocurrir desequilibrios de las funciones metabólicas, circulatorias, neurológicas y renales, ya que el equilibrio fisiológico del organismo de la mujer es bastante alterado. Sin embargo, la frecuencia en este estudio fue bastante elevada si es comparada con resultados constatados en estudio de cohortes realizado en Missouri, Estados Unidos de América, donde fue encontrado 32,3%, mismo considerando las diferencias en el perfil socioeconómico de la población y en la forma de recolección de datos<sup>(17)</sup>.

Además de la alta prevalencia de alteraciones en la gestación de mujeres residentes en Maringá, para ambos estratos de financiamiento del parto, también llamaron la atención algunos aspectos que muestran la vulnerabilidad de las usuarias del SUS como, por ejemplo, mismo sin asociación significativa fue observado mayor porcentaje de ellas con cuatro o más alteraciones. Esa desventaja debe ser considerada principalmente garantizando el acceso y la calidad de los servicios públicos de salud y, además, observándose las características sociodemográficas de la población usuaria del SUS asociadas a la prevalencia de alteraciones.

Las principales alteraciones relatadas por las puérperas, como la ITU, anemia, leucorrea, sangramiento vaginal, TPP y DHEG, están de acuerdo con la literatura<sup>(4,6)</sup>, sin embargo, difieren en prevalencia. La ITU, alteración más relatada, durante la gestación, presentó proporción superior a la media esperada, que es de 20%\*, el mismo ocurrido en estudio realizado en Nigeria, en 2011, en el cual se encontró prevalencia de 21%<sup>(18)</sup>.

\* Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia fundamental. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011

Responsable por aproximadamente 10% de las hospitalizaciones pre-parto, las ITUs, algunas veces asintomáticas, pueden evolucionar para piel nefritis y cistitis y desencadenar complicaciones también para el feto, como el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer<sup>(9,15)</sup>. Esas complicaciones pueden ser evitadas con cuidado en la gestación de calidad, diagnóstico y tratamiento precoz, conforme preconizado por los protocolos nacionales, estatales y municipales de atendimento al pre-natal<sup>(19)</sup>.

La anemia, sin asociación con el tipo de financiamiento del parto, tuvo ocurrencia debajo de lo esperado si es comparada a la estimativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para países en desarrollo, que varía de 40 a 59,9%<sup>(20)</sup>. En estudio realizado en un hospital de Etiopía, en 2012, para analizar la prevalencia y los predictores de la anemia materna, se observó prevalencia de anemia de 16,6%<sup>(21)</sup>, menor de que el valor constatado en el presente estudio. Considerada problema de salud pública, que afecta países de baja, media y alta renta, los efectos de la anemia durante la gestación comprenden el bajo peso al nacer, algunas enfermedades neurológicas del feto y aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal<sup>(20)</sup>.

El sangramiento vaginal fue relatado por las puérperas entrevistadas, con mayor proporción para aquellas con partos financiados por planos de salud o privados (no SUS). Sangramientos durante la gestación vienen siendo asociados al DPP y a la placenta previa\*. En este estudio, se observó DPP y placenta previa más prevalentes en las gestantes con parto en el SUS.

Aunque esos resultados muestren mayor frecuencia de sangramiento vaginal entre mujeres no SUS, también fue relatado por las mujeres que realizaron el parto por el SUS. Esa ocurrencia puede estar relacionada a la facilidad de su detección, sin necesidad de exámenes clínicos o de laboratorio. Ya la mayor prevalencia de DPP y placenta previa entre puérperas que realizaron el parto por convenios o particulares (no SUS), puede señalar mayor información y acceso más rápido a la asistencia de salud, con exámenes diagnósticos y esclarecimientos que las llevaron a relatar esas ocurrencias. El DPP ocurre con mayor frecuencia durante 24 a 26 semanas de embarazo, disminuyendo la frecuencia en las semanas subsiguientes<sup>(22)</sup>, y consiste en la separación de la placenta implantada en el cuerpo del útero<sup>(23)</sup>. En el presente estudio, la frecuencia más elevada de DPP en la población no SUS puede estar asociada a la frecuencia más elevada de mujeres con más de 35 años, en ese grupo, uno de los principales factores de riesgo para DPP\*.

A DHEG presentó porcentaje más elevado en esta investigación del que fue encontrado en estudio de revisión con gestantes de varios países del mundo, que fue de 5,2 a 8,2%<sup>(24)</sup>. En este estudio, fue observado que la mayor prevalencia de DHEG ocurrió entre puérperas que realizaron el parto no SUS, y la mayor prevalencia de diabetes gestacional, entre aquellas con parto SUS. Hecho interesante, ya que los factores de riesgo para DHEG y diabetes gestacional son semejantes, como edad superior a 35 años, sedentarismo, obesidad, alimentación inadecuada, factores hormonales y uso de medicamentos continuos, así como las posibles complicaciones decurrentes de la DHEG y diabetes gestacional, que incluyen polihidramnios, eclampsia, TPP, malformación congénita, mortalidad materna e infantil, entre otras. Edad mayor a 35 años y etnia negra y parda son características demográficas señaladas como determinantes para DHEG, la cual es una de las complicaciones con incidencia de 5 a 10% en mujeres grávidas\*. La DHEG es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en países en desarrollo, con proporciones elevadas de morbilidad materna severa y mortalidad materna en Brasil<sup>(25)</sup>.

Otros agravantes relatados en este estudio tuvieron porcentaje más elevado para puérperas con parto financiado por el sistema público de salud y llamó la atención la mayor proporción de algunas enfermedades infecciosas, como la Hepatitis B, sífilis, gonorrea, toxoplasmosis, VIH, condiloma, HPV y rubiola. De los 26 casos de esas enfermedades, 24 ocurrieron en el grupo de las mujeres atendidas para el parto por el SUS. Al encuentro de esos resultados, la sífilis fue objeto de estudio multinacional en 2008, en el cual fue encontrada una estimativa de 1.360.485 mujeres con sífilis, principalmente en África y América del Sur, en poblaciones con mayores características de vulnerabilidad, cualquiera, adolescentes, baja escolaridad y sin compañero<sup>(26)</sup>. Por otro lado, en el presente estudio fue observada proporción más elevada de enfermedades específicas de la gestación o enfermedades crónicas en las puérperas que realizaron el parto no SUS. Ese resultado puede estar asociado a la edad materna, con mayor proporción de puérperas con 35 años o más en el grupo no SUS, para las cuales las enfermedades crónicas no transmisibles y los riesgos gestacionales son más prevalentes.

## Conclusión

Existen algunas limitaciones en este estudio, como la utilización de informaciones auto referidas, debido al posible bias de memoria de las puérperas. Entretanto, la recolección de datos sobre las alteraciones en la entrevista, con dos preguntas, una estimulada y otra espontánea, mostró ser estrategia viable, pues la elevada prevalencia

\* Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia fundamental. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011

y la diversidad de agravantes relatados sugieren que las puérperas aún se acuerdan de esas ocurrencias en la gestación. Debe ser considerado además como limitación el hecho de que las alteraciones no fueron clasificadas en cuanto a su gravedad y que el financiamiento del parto categorizado como no SUS incluyó todos los planos de salud privados, sin diferenciación de los tipos de cobertura, que se sabe son variados.

En este estudio fueron mostrados algunos aspectos relevantes relativos a la salud de la mujer en municipio de medio porte, con destaque para la elevada prevalencia de alteraciones en el embarazo y las diferencias en el perfil socioeconómico de las puérperas, según financiamiento del parto. Se observó mayor porcentaje de adolescentes, de etnia no blanca, sin compañero y pertenecientes a la clase económica desfavorable entre las puérperas con parto financiado por el sector público de salud. Esos resultados muestran la necesidad de mejorar el cuidado pre-natal, con adopción de acciones adecuadas de prevención y monitoreo de las alteraciones en el embarazo. Los equipos de salud deben estar preparados para prevenir y tratar precozmente las principales alteraciones y, principalmente, identificar aquellas con potencial para desencadenar complicaciones más graves, sobre todo si ocurrieren en mujeres en situación de vulnerabilidad, tanto social como biológica.

## Referencias

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group the United Nations Population Division. Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2015.[cited Apr 14, 2016]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1)
2. Narayan B, Nelson-Piercy C. Medical problems in pregnancy. Clin Med. [Internet]. 2017 [cited Jun 6, 2017];17(3):251-7. Available from: [http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/16/Suppl\\_6/s110.long](http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/16/Suppl_6/s110.long).
3. Novaes ES, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAF. Obstetric profile of public health system users after implantation of the network mother from the state of Paraná-Brazil. Cienc Cuid Saúde. [Internet]. 2015 [cited Dec 16, 2016];14(4):1436-44. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/27343/16488>.
4. Matuszkiewicz-Rowinska J, Małyszko J, Wieliczko M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. Arch Med Sci. [Internet]. 2015 [cited Jun 6; 2017];11(1):67-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379362/>.
5. Fossum S, Vikanes AV, Naess Ø, Vos L, Grotmol T, Halvorsen S. Hyperemesis gravidarum and long-term mortality: a population-based cohort study. BJOG. [Internet]. 2016;124 (7):1080-7 [cited Jun 3, 2017]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14454/full>.
6. Ye C, Ruan Y, Zou L, Li G, Li C, Chen Y, et al. The 2011 survey on Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes. PLOS ONE. [Internet]. 2014;9(6):e1001180 [cited Jun 5, 2017]. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100180>.
7. Leffert LR, Clancy CR, Bateman BT, Bryant AS, Kuklina EV. Hypertensive disorders and pregnancy-related stroke: frequency, trends, risk factors, and outcomes. Obstet Gynecol. [Internet]. 2015 [cited Jun 6, 2017];125(1):121-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445352/>.
8. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2008 [cited Jun 6, 2017];199(1):36. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808002688?via%3Dihub>.
9. Singh B, Tilak R, Srivastava R, Katiyar D. Urinary tract infection and its risk factors in women: an appraisal. J Pure Appl Microbiol. [Internet]. 2014 [cited Jun 6, 2017];8(5). Available from: [https://www.publication/281104683-Urinary\\_Tract\\_Infection\\_and\\_its\\_Risk\\_Factors\\_in\\_Women\\_An\\_Appraisal](https://www.publication/281104683-Urinary_Tract_Infection_and_its_Risk_Factors_in_Women_An_Appraisal)
10. Easter SR, Cantonwinw DE, Zera CA, Lim KH, Parry SI, McElarath TF. Urinary tract infection during pregnancy, angiogenic factor profiles, and risk of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2016 [cited Jun 6, 2017];214(3):387.e1-7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937815012156>.
11. Black R, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. [Internet]. 2013 [cited Jun 5, 2017]; 382(9890):427-51. Available from: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960937-X/abstract>.
12. Campigotto AC, Farias MCAD, Pinto DCF, Albuquerque FGF. Factors relating to iron deficiency anemia in pregnancy: an integrative review. Int Arch Med. [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2017]; 8(159). Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1215>.
13. Kayem G, Kurinczuk J, Lewis G, Golightly S, Brocklehurst P, Knight M. Risk factors for progression from severe maternal morbidity to death: a national



- cohort study. PLOS ONE. [Internet]. 2011 [cited Jun 5, 2017];6:e29077. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0029077>.
14. Nair M, Kurinczuk JJ, Brockehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. BJOG. [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2017];122:653-62. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13279/full>.
15. Firoz T, Chou D, Dadelszen PV, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. Bull World Health Organ. Epub Aug. [Internet]. 2013 [cited May 14, 2016]; 91(10):794-79. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3791656/pdf/BLT.13.117564.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>
16. Law A, McCoy M, Lynen R, Curkendall SM, Gatwood J, Juneau PL, et al. Costs of newborn care following complications during pregnancy and delivery. Matern Child Health J. [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2017];19:2081-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1721-2>.
17. Aliyu MH, Lynch O, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, et al. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. Arch Gynecol Obstet. [Internet]. 2011 [cited Jun 5, 2017];283:729. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-010-1447-8>.
18. Mordi RM, Burke ME, Odjadjare EE, Enabulele A, Umeh OJ. Prevalence of urinary tract infections (UTI) among pregnant women in university of Benin teaching hospital (UBTH) Benin City, Nigeria. J Asian Sci Res. [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2017]; 5(4):198-204. Available from: [http://www.aessweb.com/pdf-files/jasr-2015-5\(4\)-198-204.pdf](http://www.aessweb.com/pdf-files/jasr-2015-5(4)-198-204.pdf).
19. Luz AG, Osis MJD, Ribeiro M, Cecatti JG, Amaral E. Impact of a nationwide study for surveillance of maternal near-miss on the quality of care provided by participating centers: a quantitative and qualitative approach. BMC Pregnancy and Childbirth. [Internet]. 2014 [cited Jun 6, 2017];14(122):1-9. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-122>.
20. World Health Organization (WHO). The global anaemia prevalence in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015[cited Nov 14, 2016]. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global\\_prevalence\\_anaemia\\_2011\\_maps.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011_maps.pdf).
21. Melku M, Addis Z, Alem M, Enawgaw B. Prevalence and predictors of maternal anemia during pregnancy in Gondar, northwest Ethiopia: an institutional based cross-sectional study. Anemia. [Internet]. 2014 [cited Jun 5, 2017];2014:1-9. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/anemia/2014/108593/abs/>.
22. Vitorial KM, Ennesk LO, Tavares RF, Araujo ICO, Zwetkoff BF, Reis AS, et al. A case of life-threatening obstetrical hemorrhage secondary to placental abruption at 17 weeks of gestation. Clin Pract. [Internet]. 2014 [cited Jun 5, 2017];4(1):605. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019918/>.
23. Atkinson AL, Santolaya-Forgas J, Blitzer DN, Santolaya JKL, Matta P, Canterino J, et al. Risk factors for perinatal mortality in patients admitted to the hospital with the diagnosis of placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2015 [cited Jun 5, 2017];28(5). Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.3109/14767058.2014.927427?scroll=top&needAccess=true>.
24. Umehara M, Kobashi G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: prevalence, risk factors, predictors and prognosis. Hypertens Res. [Internet]. 2016 [cited Jun 5, 2017];40(3):213-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27682655/>.
25. Zanette E, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML, Haddad SM, Sousa MH, et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. Rep Health. [Internet]. 2014 [cited Jun 6, 2017];11(4):1-11. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-4>.
26. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLOS Med. [Internet]. 2013 [cited Jun 6, 2017];10(2):e1001396. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001396>.

Recibido: 16.05.2016

Aceptado: 07.06.2017

## Correspondencia:

Patrícia Louise Rodrigues Varela  
 Universidade Estadual do Paraná. Departamento de Enfermagem  
 Rua Gabriel Speridião s/n  
 Bairro: Jardim Morumbi  
 CEP: 87703-000, Paranavaí, PR, Brasil  
 E-mail: [patricialouisev@yahoo.com.br](mailto:patricialouisev@yahoo.com.br)

## Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.