






CARACTERIZACIÓN DE LAS ATENCIONES DE URGENCIA CLÍNICA EN UNA MATERNIDAD DE RIESGO HABITUAL: ESTUDIO TRANSVERSAL

Tatiane Ferreira Trigueiro¹ 
Kauane Vicari² 
Karoline da Luz Janiacki² 
Ana Paula da Rosa³ 
Fernanda Karine Kissula⁴ 

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las atenciones de urgencia de una maternidad de riesgo habitual. **Método:** Investigación cuantitativa, transversal y retrospectiva con análisis del servicio de urgencias de una maternidad en una capital del sur de Brasil, entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Los datos se analizaron en forma descriptiva. **Resultados:** entre las 25.451 atenciones hubo 24.307 mujeres embarazadas, 944 puérperas, 119 mujeres que sufrieron abortos, 46 no embarazadas y 35 casos no definidos. El promedio de visitas por mes fue de 1060; con mayor demanda en el turno vespertino, en edades entre 20 y 29 años, con un mínimo de ocho y un máximo de 61 años; el tercer trimestre y la calificación de riesgo de urgencia verde representaron una mayor demanda. El motivo más registrado para acudir al servicio de salud fue dolor abdominal. **Conclusión:** la investigación ayudó a comprender en qué servicios de la Red de Atención de la Salud se debe reforzar, mejorar y mantener la comunicación.

DESCRITORES: Salud de la Mujer; Enfermería Obstétrica; Estándares de la Práctica de Enfermería; Mujeres Embarazadas; Recepción.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Trigueiro TH, Vicari K, Janiacki K da L, Rosa AP da, Kissula FK. Caracterización de las atenciones de urgencia clínica en una maternidad de riesgo habitual: estudio transversal. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87083

¹Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

²Universidade Federal do Paraná, Curso de graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

⁴Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El embarazo, el parto y el puerperio son períodos que involucran cambios fisiológicos, físicos, sociales y emocionales que, cuando no presentan riesgos, deben entenderse como un proceso fisiológico y normal. La mayoría de las embarazadas no presentan factores de riesgo de complicaciones en ninguna de las fases; a pesar de ello, no siempre se estandariza el concepto de normalidad, lo que lleva a una mayor medicalización de un proceso que debe ser tratado como fisiológico. Se entiende que el cuidado de los profesionales de la salud es un aspecto fundamental para garantizar una atención de calidad y focalizada en la mujer, permitiendo ver esos momentos como una experiencia de vida saludable¹.

Este cuidado continuo de los profesionales de la salud a las mujeres embarazadas se denomina atención prenatal y debe iniciarse tempranamente, preferiblemente hasta la semana 12 de embarazo, sin alta hospitalaria. Se recomiendan al menos seis consultas, realizándose en todas ellas estratificación del riesgo obstétrico para detectar precozmente factores de riesgo o complicaciones. Al brindar mayor calidad y singularidad en la atención, garantizando así integralidad y atención, además de orientar correctamente a las embarazadas dentro de la red de atención de la salud (RAS), es posible reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil¹.

Las mujeres embarazadas pueden estratificarse en las categorías de riesgo habitual, riesgo intermedio y alto riesgo, factores que definen la vinculación de las mujeres con la atención prenatal y el hospital de referencia para complicaciones y parto. De esta manera, los dos factores decisivos para una adecuada atención son la estratificación de riesgo - desde el inicio, realizada en todas las consultas de atención prenatal - y la vinculación al hospital o maternidad más oportuno para la atención². Según el Ministerio de Salud (MS), cerca del 10% de los embarazos se caracterizan como de alto riesgo, mientras que en el 90% de los de riesgo habitual, a las enfermeras se les asigna la tarea de asistir a las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, al igual que a los recién nacidos³⁻⁴.

El Ministerio de Salud propone la implementación de un servicio de Recepción y Clasificación de Riesgos (R&CR) para optimizar la atención a las embarazadas a la entrada de los hospitales de referencia y maternidades. Su objetivo es identificar emergencias y urgencias obstétricas, ofreciendo así atención oportuna a las pacientes, en lugar de emplear el orden de llegada; indicando a los enfermeros (especializados en Obstetricia o generalistas) como los profesionales responsables por la herramienta de clasificación del riesgo⁵.

La clasificación del riesgo se considera una práctica inherente a la atención provista por los enfermeros, quienes deben ser capacitados respecto de su aplicabilidad. Luego de evaluar a la embarazada o puérpera, de acuerdo con su queja y estado clínico, se realiza una clasificación en cinco niveles de prioridad de atención, sobre la base de los 12 principales signos y síntomas de mayor gravedad, conforme a la urgencia que presente la paciente. Estos niveles se nombran con colores, los cuales corresponden a un tiempo máximo de atención médica, que oscila desde atención inmediata (rojo), hasta 15 minutos (naranja), hasta 30 minutos (amarillo), hasta 120 minutos (verde) y atención no prioritaria o derivación según acuerdo a atención primaria (azul)⁵.

Un estudio realizado en el servicio de urgencias obstétricas de una maternidad de Fortaleza, Ceará, identificó que la mayoría de las mujeres clasificadas como color rojo y naranja no eran atendidas en el tiempo recomendado. También se identificó la necesidad de esclarecer a la población con respecto a la búsqueda de atención especializada y su funcionamiento en la red de atención, ya que una cantidad considerable de mujeres fuera del ciclo embarazo-puerperio recibirían la atención necesaria en la propia unidad de salud⁶.

Dado lo anterior, es necesario identificar las necesidades de salud de la población atendida en las maternidades y brindar una atención calificada planteando las principales

quejas registradas, además de evaluar la clasificación del riesgo obstétrico realizada, identificando así la complejidad de la atención de la maternidad. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue caracterizar las atenciones de urgencia de una maternidad de riesgo habitual.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo y descriptivo de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos secundarios y de acuerdo con la lista de verificación Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Declaración STROBE). Se llevó a cabo en una maternidad de riesgo habitual de la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil, que atiende una media de 200 partos mensuales con una media de 70% de partos vaginales y 30% de cesáreas, con un equipo conformado por al menos una Enfermera Obstétrica (EO) por turno en Emergencias, la profesional responsable de realizar todas las Clasificaciones de Riesgo en las embarazadas atendidas.

Los datos se obtuvieron de la información contenida en la hoja de registro de los servicios de atención de urgencias entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Se incluyeron todas las consultas de urgencias, salvo las que involucraban a recién nacidos, entre enero de 2018 y diciembre de 2019, totalizando 25.451 registros. No se excluyó ningún registro.

Para organizar los datos se elaboró un instrumento de Excel que contiene datos como número de historia clínica, edad, edad gestacional, unidad de salud de referencia, turno de atención, motivo de la búsqueda de atención, clasificación del riesgo y acciones realizadas en la maternidad. Los datos se recolectaron entre febrero y abril de 2020.

Todas las visitas con información incompleta sobre la edad gestacional se consideraron pertenecientes al "período embarazo-puerperio" siempre que tuvieran esta información en el mismo registro. A su vez, todas aquellas visitas en las que no se cumplió la edad gestacional se clasificaron como "otros"; al igual que aquellas en las que se incluyó la información de una paciente no embarazada, paciente masculino o empleado de la maternidad; y/o aquellas cuyos expedientes de manejo médico tuvieran quejas relacionadas con situaciones incompatibles con el embarazo, tales como las relacionadas con dispositivos intrauterinos (DIU), dismenorrea, metrorragia, postcirugía bariátrica y crisis psicótica con pruebas serológicas de embarazo negativas, entre otras. Además, las consultas en las que no se cumplimentó el dato de la edad gestacional se consideraron "indefinidas", y la mayoría contaba con una única visita, no siendo posible definir su estado fisiológico por otras consultas. Finalmente, "postparto" corresponde a aquellos retornos por atención posterior al parto, independientemente de la modalidad del parto, y "después de un aborto" son los cuidados a las mujeres que abortaron y regresaron para su posterior atención, independientemente del legrado.

Se enumeraron y abordaron los motivos de demanda espontánea, derivación a los servicios de salud y consulta postparto, que llevaron a las pacientes a buscar atención en la maternidad. El tratamiento de estos datos estuvo referenciado por las principales complicaciones del embarazo puerperal contenidas en el Manual de R&CR Obstétrico y en el Manual de Embarazo de Alto Riesgo: Manual Técnico, ambos del Ministerio de Salud^{5,7}.

La interpretación y procesamiento de datos se realizaron por medio de análisis descriptivo en Microsoft Excel 2013, organizados en tablas y gráficos. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la institución local del estudio, a través del número de parecer 4.640.433, de fecha 3 de febrero de 2020.

RESULTADOS

Conforme a los criterios de inclusión, se analizaron las 25.451 atenciones realizadas en el servicio de urgencias de la maternidad entre enero de 2018 y diciembre de 2019. De ellas, 24.307 (95,51%) estaban embarazadas, 944 (3,71%) eran puérperas, 119 (0,47%) eran mujeres que abortaron y necesitaron atención después del diagnóstico, 46 (0,18%) no eran mujeres embarazadas y 35 (0,14%) se consideraron casos indefinidos.

La media mensual de estas visitas fue 1060, con la menor demanda en septiembre de 2018 (951 - 3,74%) y la mayor demanda en enero de 2018 (1187 - 4,66%). El turno con mayor demanda fue el vespertino (9705 - 38,13%), seguido del matutino (8319 - 32,69%) y nocturno (7426 - 29,18%), y esta información no se completó en una consulta.

En cuanto a la edad de los pacientes, predominó el rango de entre 20 y 29 años, registrándose una edad mínima de ocho años, una mujer embarazada, y una máxima de 61 años, una paciente no embarazada en crisis psicótica. La media de retorno para atenciones posteriores que se obtuvo en el año 2018 fue 2,89; en dicho año se atendió a 4360 usuarias. En 2019, la media de retorno fue 2,97 y se atendió a 4302 usuarias.

Entre las mujeres embarazadas (24.307) se identificó mayor concurrencia a la maternidad durante el tercer trimestre del embarazo (13.461 - 52,89%). En cuanto a la atención brindada a las puérperas (944) y su respectivo modo de parto, 488 (51,69%) fueron atendidas con postparto normal, 450 (47,67%) con cesárea postparto y seis (0,64%) no tenían registrado este dato.

Con respecto a la clasificación del riesgo obstétrico predominó el código de urgencia Verde (16.136 - 63,40%). Se destaca que de las 2027 (7,96%) atenciones en las que no se registró la clasificación, 1090 (53,77%) se debieron a la ausencia de un profesional capacitado al momento de aplicar el instrumento, 645 (31,82%) por información incompleta, 280 (13,81%) por ausencia de la ficha de clasificación y 12 (0,59%) estaban en blanco. En la Tabla 1 se incluye información más detallada.

Tabla 1 - Caracterización de las atenciones registradas en el servicio de urgencias de una maternidad de riesgo habitual entre 2018 y 2019. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variables	2018		2019	
	N	%	n	%
Atenciones	12.633	100	12.818	100
Mujeres embarazadas	12.031	95,23	12.276	95,51
Puérperas	502	3,97	442	3,45
Después de un aborto	62	0,49	57	0,44
No embarazadas	27	0,21	19	0,15
Casos no definidos	11	0,09	24	0,19
Edad de las pacientes (años)	12.633	100	12.818	100
<10	0	0	1	0,01
10 † 20	1.886	14,93	1.873	14,61
20 † 30	7.353	58,20	7.341	57,27
30 † 40	3.093	24,48	3.333	26,00

40 † 50	301	2,38	265	2,07
50 † 60	0	0	3	0,02
60 † 70	0	0	2	0,02
Edad Gestacional	12.633	100	12.818	100
1 ^{er} trimestre (0 – 13 semanas)	2.672	21,15	2.851	22,24
2 ^o trimestre (14 – 27 semanas)	2.458	19,46	2.700	21,06
3 ^{er} trimestre (28 – 40 semanas)	6.826	54,03	6.635	51,76
≥ 41 semanas	51	0,40	36	0,28
Mujeres embarazadas sin descripción de EG	24	0,19	54	0,42
Postparto	502	3,97	442	3,45
Después de un aborto	62	0,49	57	0,44
No embarazadas	27	0,21	19	0,15
Casos no definidos	11	0,09	24	0,19
Clasificación del riesgo obstétrico	12.633	100	12.818	100
Azul	2.121	16,79	1.590	12,40
Verde	7.838	62,04	8.298	64,74
Amarillo	1.501	11,88	1.889	14,74
Naranja	74	0,59	109	0,85
Rojo	1	0,01	3	0,02
No clasificado	1.098	8,69	929	7,25

Fuente: Los autores.

Entre las atenciones clasificadas como Naranja (183 - 0,72%), 162 (88,52%) correspondieron a mujeres embarazadas y 21 (11,48%) a puérperas. Los motivos de búsqueda de atención de maternidad en este grupo fueron en su mayoría dolor abdominal y relacionados (51 - 27,87 %), derivaciones de otros servicios de salud (47 - 25,68 %), dolor de cabeza y relacionados (19 - 10,38 %), pérdida de sangre vaginal (16 - 8,74%) y retornos postparto (16 - 8,74%). Entre ellas, las derivaciones de otros servicios de salud clasificadas como naranja según el registro de evaluación médica, 42 (89,36%) eran embarazadas y cinco (10,64%) eran puérperas.

Entre las atenciones clasificadas como Rojo (cuatro - 0,02%), tres (75%) correspondieron a mujeres embarazadas y una (25%) a no embarazadas. Los motivos para acudir a los servicios de la maternidad en este grupo fueron Otros (tres casos - 75,00%) y desmayo o malestar general y síntomas afines (un caso - 25,00%). De acuerdo con el registro de evaluación médica, estos motivos se basaron en quejas de síncope, sospecha de infarto agudo de miocardio (IAM), brote psiquiátrico y dificultad para respirar asociada con dolor (uno cada una - 25% cada una).

Desde la perspectiva del análisis de la clasificación del riesgo correspondiente a la edad gestacional de las consultas (Tabla 2), predominó la clasificación verde, seguida de azul, con excepción de las consultas correspondientes al segundo trimestre gestacional y a puérperas, en las cuales el perfil de riesgo se mostró como habitual a intermedio, ya que se clasifican predominantemente como verde y amarillo. Además, la asistencia a mujeres puérperas presentó los mayores porcentajes de clasificaciones amarilla y naranja,

indicando mayor complejidad de atención en ese grupo.

Tabla 2 - Clasificación del riesgo obstétrico por edad gestacional, 2018 y 2019. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variables	2018		2019	
	N	%	n	%
1 ^{er} trimestre	2672	100	2851	100
Azul	409	15,31	348	12,21
Verde	1749	65,46	1876	65,80
Amarillo	305	11,41	410	14,38
Naranja	16	0,60	22	0,77
Rojo	0	0	1	0,04
No clasificado	193	7,22	194	6,80
2 ^o trimestre	2458	100	2700	100
Azul	312	12,69	262	9,70
Verde	1650	67,13	1865	69,07
Amarillo	287	11,68	368	13,63
Naranja	18	0,73	23	0,85
Rojo	1	0,04	0	0
No clasificado	190	7,73	182	6,74
3 ^{er} trimestre	6826	100	6635	100
Azul	1261	18,47	890	13,41
Verde	4085	59,84	4229	63,74
Amarillo	806	11,81	969	14,60
Naranja	30	0,44	52	0,78
Rojo	0	0	1	0,02
No clasificado	644	9,43	494	7,45
≥ 41 semanas	51	100	36	100
Azul	20	39,22	6	16,67
Verde	23	45,10	21	58,33
Amarillo	6	11,76	3	8,33
Naranja	0	0	1	2,78
No clasificado	2	3,92	5	13,89
Mujeres embarazadas sin descripción de EG	24	100	54	100
Azul	5	20,83	12	22,22
Verde	14	58,33	29	53,70
Amarillo	2	8,33	10	18,52
No clasificado	3	12,50	3	5,56
Puérperas	502	100	442	100
Azul	79	15,74	47	10,63
Verde	273	54,38	232	52,49
Amarillo	89	17,73	118	26,70
Naranja	10	1,99	11	2,49
No clasificado	51	10,16	34	7,69
Después de un aborto	62	100	57	100
Azul	22	35,48	15	26,32

Verde	27	43,55	30	52,63
Amarillo	5	8,06	8	14,04
No clasificado	8	12,90	4	7,02
Casos no definidos	11	100	24	100
Azul	3	27,27	2	8,33
Verde	4	36,36	12	50,00
Amarillo	0	0	2	8,33
No clasificado	4	36,36	8	33,33
Mujeres fuera del período de embarazo-puerperio	27	100	19	100

Fuente: Los autores.

En cuanto a los motivos generales de búsqueda de atención en este servicio, hubo un total de 21 situaciones principales, siendo las más prevalentes: dolor abdominal, lumbalgia, contracciones uterinas (8125 - 31,92%); resultados de pruebas (2806 - 11,03 %); pérdida de sangre vaginal (2373 - 9,32%); referencia de atención primaria o secundaria (2134 - 8,38%); evaluación de seguimiento al final del embarazo (2081 - 8,18%); dolor de cabeza, mareos, vértigo, epigastralgia, hipertensión (1402 - 5,51%) y pérdida de fluido vaginal, secreción (1364 - 5,36%). Los demás motivos presentaron un porcentaje inferior al 5%.

Al analizar los motivos para acudir a la maternidad, desde la perspectiva de la edad gestacional, fue posible identificar los síntomas más comunes de cada fase del período de embarazo (Tabla 3).

Tabla 3 - Motivos para acudir a los servicios de la maternidad de acuerdo con la edad gestacional, 2018 y 2019. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variables	2018		2019	
	N	%	n	%
1 ^{er} trimestre	2672	100	2851	100
Pérdida de sangre vía vaginal	840	31,44	755	26,48
Resultados de exámenes	499	18,68	633	22,20
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	466	17,44	496	17,40
Otros	221	8,27	224	7,86
Derivación desde atención primaria o secundaria	184	6,89	259	9,08
Dolor de cabeza, mareos, vértigo, epigastralgia, hipertensión	157	5,88	189	6,63
Náusea y vómitos	140	5,24	138	4,84
Pérdida de líquido vía vaginal, secreciones	69	2,58	75	2,63
Problemas urinarios	72	2,69	61	2,14
Trauma	24	0,90	21	0,74
2 ^o trimestre	2458	100	2700	100
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	735	29,90	876	32,44

Otros	475	19,32	448	16,59
Resultados de exámenes	266	10,82	321	11,89
Dolor de cabeza, mareos, vértigo, epigastralgia, hipertensión	232	9,44	258	9,56
Pérdida de sangre vía vaginal	223	9,07	225	8,33
Derivación desde atención primaria o secundaria	146	5,94	176	6,52
Pérdida de líquido vía vaginal, secreciones	99	4,03	130	4,81
Problemas urinarios	115	4,68	110	4,07
Náusea y vómitos	108	4,39	98	3,63
Trauma	59	2,40	58	2,15
3 ^{er} trimestre	6826	100	6635	100
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	2796	40,96	2730	41,15
Evaluación de seguimiento al final del embarazo	1055	15,46	980	14,77
Derivación desde atención primaria o secundaria	612	8,97	654	9,86
Otros	580	8,50	498	7,51
Resultados de exámenes	487	7,13	550	8,29
Pérdida de líquido vía vaginal, secreciones	498	7,30	488	7,35
Dolor de cabeza, mareos, vértigo, epigastralgia, hipertensión	303	4,44	261	3,93
Pérdida de sangre vía vaginal	172	2,52	129	1,94
Movimientos fetales detenidos o reducidos	121	1,77	100	1,51
Re-evaluación	76	1,11	100	1,51
Náusea y vómitos	83	1,22	103	1,55
Trauma	43	0,63	42	0,63
≥ 41 semanas	51	100	36	100
Evaluación de seguimiento al final del embarazo	25	49,02	21	58,33
Otros	11	21,57	6	16,67
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	9	17,65	7	19,44
Derivación desde atención primaria o secundaria	6	11,76	2	5,56
Postparto	502	100	442	100
Retorno postparto	462	92,03	391	88,46
Derivación desde atención primaria o secundaria	21	4,18	36	8,14
Evasión	14	2,79	9	2,04
Fiebre, signos de infección	2	0,40	0	0,00
Otros	3	0,60	6	1,36
Después de un aborto	62	100	57	100
Retorno después de un aborto	55	88,71	45	78,95

Resultados de exámenes	2	3,23	5	8,77
Derivación desde atención primaria o secundaria	3	4,84	3	5,26
Otros	2	3,23	2	3,51
Pérdida de sangre vía vaginal	0	0,00	2	3,51
Mujeres embarazadas sin descripción de EG	24	100	54	100
Resultados de exámenes	3	12,50	22	40,74
Pérdida de sangre vía vaginal	9	37,50	10	18,52
Derivación desde atención primaria o secundaria	5	20,83	13	24,07
Otros	5	20,83	6	11,11
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	2	8,33	3	5,56
Mujeres fuera del período de embarazo-puerperio	27	100	19	100
Casos no definidos	11	100	24	100

Fuente: Los autores.

Los motivos de las derivaciones desde la Unidad de Salud hacia la Maternidad se agruparon en 23 situaciones principales y se enumeran en la Tabla 4.

Tabla 4 - Motivos de las derivaciones desde la Unidad de Salud hacia la Maternidad, 2018 y 2019. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Variables	2018		2019	
	N	%	n	%
Motivos de las derivaciones desde la Unidad de Salud hacia la Maternidad	181	100	1.148	100
Dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas	174	18,36	227	19,77
Evaluación de seguimiento al final del embarazo	77	17,65	194	16,90
Dolor de cabeza, mareos, vértigo, epigastralgia, hipertensión	62	7,81	88	7,67
Aborto, posibilidad de aborto	73	6,29	84	7,32
Pérdida de sangre vía vaginal	32	7,40	84	7,32
Fiebre, signos de infección	41	3,25	49	4,27
Problemas urinarios	40	4,16	46	4,01
Pérdida de líquido vía vaginal, secreciones	30	4,06	40	3,48
Complicaciones del embarazo	33	3,04	36	3,14
Complicaciones relacionadas con el feto	9	3,35	26	2,26
Náusea y vómitos	21	0,91	19	1,66
Re-evaluación	3	2,13	18	1,57

Falta de aire, síntomas respiratorios	19	0,30	11	0,96
Movimientos fetales detenidos o reducidos	9	1,93	11	0,96
Trauma	17	0,91	8	0,70
Complicaciones postparto	19	1,72	7	0,61
Consulta y resultados de exámenes	9	1,93	7	0,61
Desmayo, malestar general	6	0,91	4	0,35
Diabetes	4	0,61	0	0,00
Violencia	2	0,41	0	0,00
Complicaciones después de un aborto	89	0,20	1	0,09
Problema no especificado	36	9,03	79	6,88
Otros	36	3,65	109	9,49

Fuente: Los autores.

Se destacan dos motivos: dolor abdominal y relacionado (408 - 19,12%) y derivación para evaluación de seguimiento al final del embarazo (368 - 17,24%). Además, el grupo "Otros" presenta una cantidad importante de casos, ya que abarca varios problemas poco frecuentes.

Dicho esto, el desenlace de la evaluación clínica de todas las atenciones (25.451 - 100%) derivó en 13 acciones más comunes. Ellos son: programación, realización o resultados de pruebas; medicación prescrita o administrada; pruebas y medicación; pautas; control de rutina de la hipertensión gestacional; aborto confirmado; derivación a otros servicios de salud; otros; evasión; traslado a otro servicio de salud; derivación a otro sector de la maternidad; acción no completada; e internación por trabajo de parto.

El desenlace más frecuente fue programación, realización o resultados de pruebas (8699 - 34,18%), seguido de medicación prescrita o administrada (7392 - 29,04%). La situación menos frecuente correspondió a internación por trabajo de parto (cinco - 0,02%). En cuanto a las derivaciones a otros servicios (482 - 100%), 258 (53,53%) fueron transferidas al servicio de alto riesgo, 112 (23,24%) al servicio de salud al que están vinculados en la atención primaria o secundaria de referencia, 80 (16,60%) a otras especialidades, 26 (5,39%) a la Unidad de Atención de Urgencias (UAA) y seis (1,24%) al servicio de mediano riesgo. Entre las derivaciones a otros sectores dentro de la maternidad (104 - 100%), 72 (69,23%) fueron transferidas a atención prenatal en la maternidad y 32 (30,77%) al servicio bulatorio de maternidad.

DISCUSIÓN

En este estudio el grupo etario más expresivo en las atenciones correspondió al de 20 a 29 años, seguido de 30 a 39 años, datos similares a los indicadores brasileños de DataSUS, lo que indica que las mujeres tienen hijos más tardíamente. Desde 1994 hasta el último censo de 2018, el rango de edad materna predominante entre los nacidos vivos por caso fue entre 20 y 29 años; sin embargo, desde 2010 llama la atención el grupo etario de 30 a 39 años, que supera al de 10 a 19 años, lo que lo convierte en el segundo grupo más prevalente⁸.

En una investigación realizada en una maternidad de referencia en la ciudad de Recife,

Pernambuco, se identificó que de las 316 consultas obstétricas, más del 64% correspondió mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo, seguido por el segundo trimestre con 17%, el primero con 13,2%, puerperio con 3,2% y abortos con 2,2%⁹. Además, en otro estudio realizado en una maternidad de riesgo habitual en el estado de Rio Grande do Sul se identificaron condiciones similares entre los 413 formularios de servicio de clasificación del riesgo obstétrico, en los que el 89,9% de las consultas tuvieron lugar en el tercer trimestre de embarazo, seguido del primer trimestre con 5.0%, segundo trimestre con 3.9% y postparto con 1.2%¹⁰. Tales trabajos de investigación concuerdan con este estudio en cuanto a la proporción de consultas por edad gestacional, ya que la demanda de atención fue mayor en el tercer trimestre.

En cuanto a los motivos para procurar atención de maternidad, en un estudio realizado con 736 mujeres atendidas en septiembre de 2013 en un hospital de referencia para embarazos de alto riesgo ubicado en Fortaleza, Ceará, se constató que 555 tenían algún síntoma que justificaba acudir al servicio. Los más mencionados fueron dolor (42,1%) y hemorragia transvaginal (22,3%)⁶. En otro trabajo de investigación realizado con 413 atenciones como objeto de estudio, en 261 casos también se registraron dolor abdominal, dolor lumbar, contracciones uterinas y síntomas similares como problemas principales¹⁰. Comparativamente, los servicios analizados señalaron el dolor abdominal y similares como el principal motivo para procurar atención de maternidad, con un porcentaje aún mayor sumando dolores de cabeza y similares, además de molestias urinarias, que también se refieren al síntoma "dolor", corroborando los hallazgos de los estudios mencionados. Por otro lado, la pérdida de sangre vaginal fue la cuarta causa de mayor demanda del servicio, seguida de los resultados de pruebas y derivaciones de los servicios mencionados como causas de mayor demanda de atención en el tercer nivel de asistencia de la salud.

Entre los cambios fisiológicos reportados durante el período de embarazo-puerperio se encuentran debilidad, dolor abdominal/calambres/flatulencia, hemorroides, flujo vaginal, molestias urinarias, dificultad para respirar, sensibilidad mamaria y dolor lumbar, entre otros¹. Las alteraciones durante el puerperio que deben ser atendidas y monitoreadas por la atención primaria fueron catalogadas por la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, y el cuadro clínico de mastitis con 48 horas de tratamiento sin mejoría y absceso mamario es responsabilidad de la atención terciaria. Asimismo, fiebre, sangrado vaginal, dolor o infección pélvica, leucorrea maloliente, alteraciones de la presión arterial, mareos frecuentes y dolor o calambres en las mamas son señales de alarma que deben ser evaluadas en la unidad de salud y derivación hospitalaria, cuando sea necesario¹¹. Según un estudio de revisión, las principales complicaciones encontradas en el puerperio que pueden generar demanda de atención de urgencia fueron infección puerperal, hemorragia puerperal y mastitis puerperal¹². De acuerdo con el estudio, entre los principales motivos de atención postparto se encontraban cuestiones relacionadas con herida operatoria, infección; molestias relacionadas con las mamas, principalmente mastitis; y fiebre.

La pérdida de sangre vía vaginal también fue uno de los principales motivos para acudir a la maternidad. El manual técnico de alto riesgo define ocho clasificaciones clínicas de aborto. También puede darse tempranamente, cuando ocurre hasta la 13^a semana de embarazos; o tardíamente, cuando sucede entre la 13^a y la 22^a semana⁷. En relación con el motivo para acudir a la maternidad debido a un aborto o a la posibilidad de un aborto, la mayoría de los casos tuvo lugar durante el primer trimestre del embarazo.

En la clasificación del riesgo obstétrico, otros estudios identificaron al color Verde como el más asignado a las pacientes, seguido por Amarillo o Azul^(6,9,13); tendencia que se repite en esta investigación, notándose el predominio de los colores verde, amarillo y azul, caracterizando atención de baja a intermedia complejidad⁵.

Las limitaciones de este estudio se refieren a no llenar por completo la planilla de atención de emergencia en la clasificación del riesgo adoptada en el servicio. Otra de las limitaciones está relacionada con la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos en la investigación por considerarse solamente un servicio de salud.

CONCLUSIÓN

Identificar el perfil de las pacientes atendidas en la atención de emergencia de la maternidad permitió comprender en qué servicios se debe reforzar, mejorar y mantener la comunicación entre la unidad de salud y la maternidad. De esta manera, se hace posible diseñar estrategias para evitar la sobrecarga en la maternidad y mejorar el flujo de atenciones de la Red de Atención de la Salud. Con lo anterior se pretende revitalizar un Sistema Único de Salud universal, integral, ecuánime y resolutivo.

Sin embargo, existe la necesidad de completar la información en el documento de atención de emergencia para un análisis completo de cómo se aplica la herramienta en el servicio. También es fundamental capacitar a los profesionales de la maternidad para aplicar R&CR, al equipo de atención de urgencias para llenar el documento en forma correcta y completa y a los profesionales de atención primaria para realizar la correcta contrarreferencia de las pacientes dentro de la RAS, además de ofrecer educación sanitaria a los usuarios para que procuren el nivel de atención correspondiente a su necesidad, brindando así resolutividad en un tiempo ideal.

REFERENCIAS

01. Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV da. Meanings to family members living with an elderly affected by stroke sequelae. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acceso em 14 nov 2019];21(62):641-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>.
02. Bailey RR. Lifestyle modification for secondary stroke prevention. *American journal of lifestyle medicine*. 2016 [acceso em 22 fev 2019];12(2):140-147. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1559827616633683>.
03. Rodrigues M de S, Santana LF e, Galvão IM. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva/Modifiable and non-modifiable risk factors for ischemic stroke: a descriptive approach. *Rev Med (São Paulo)*. 2017 [acceso em 07 jan 2020];96(3):187-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>.
04. Rêgo A da S, Laqui V dos S, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR de, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *CogitareEnferm*. 2018 [acceso em 02 jun 2020];(23)1:e54087. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54087>.
05. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012 [acceso em 12 ago 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
06. Silva ATM da, Mantovani M de F, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM de. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020 [acceso em 19 set 2020];43(1):68-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.21994>.
07. Ozpancar N, Pakyuz SC, Topcu B. Hypertension management: what is the role of case management? *Rev Esc Enferm USP*. 2017 [acceso em 16 maio 2019];51:e03291. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017016903291>.
08. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
09. Ulbrich EM, Mantovani M de F, Mattei AT, Mendes FRP. Scale for supported care in primary care: a methodological study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 [acceso em 22 ago 2019];38(4):e63922. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>.
10. Brito RG de, Lins LCRF, Almeida CDA, Ramos Neto E de S, Araújo DP de, Franco CIF. Instrumentos de

avaliação funcional específicos para o acidente e vascular cerebral. Rev Neurocienc. 2013 [acesso em 14 out 2019];21(4):593-599. Disponível em: <http://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.850.7p>.

11. Wilson JTL, Harendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use off a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. Stroke. 2002 [acesso em 26 fev 2022];33(9):2243-2246. Disponível em: [doi: 10.1161/01.str.0000027437.22450.bd](https://doi.org/10.1161/01.str.0000027437.22450.bd).

12. Adams Jr HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke - A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke 2003 [acesso em 26 fev 2022];34:1056-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000064841.47697.22>

13. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020 [acesso em 19 dez 2020]; [online]. ahead print, PP.0-0. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>.

14. Tran J, Norton R, Conrad N, Rahimian F, Canoy D, Nazarzadeh M, et al. Patterns and temporal trends of comorbidity among adult patients with incident cardiovascular disease in the UK between 2000 and 2014: A population-based cohort study. PLOS Medicine. 2018 [acesso em 17 dez 2020];15(3):e1002513. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002513>.

15. Kitzman PH, Sutton KM, Wolfe M, Bellamy L, Dobbs MR. The Prevalence of Multiple Comorbidities in Stroke Survivors in Rural Appalachia and the Clinical Care Implications. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2019 [acesso em 22 nov 2020];28(11):104358. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104358>.

16. Boffa RJ, Constantini M, Floyd CN, Wierzbicki AS. Hypertension in adults: summary of updated NICE guidance. Bmj. 2019 [acesso em 22 nov 2020];367:l5310. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l5310>.

17. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2014 [acesso em 14 jan 2021];51(6):833-843. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010>.

18. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. Medicine. 2019 [acesso em 12 nov 2019];98(12):e14872. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014872>.

19. Belfiore P, Miele A, Gallè F, Liguori G. Adapted physical activity and stroke: a systematic review. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 2018 [acesso em 12 nov 2019];58(12):1867-1875. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/s0022-4707.17.07749-0>.

20. Serra MC, Accardi CJ, Ma C, Park Y, Tran V, Jones DP, et al. Metabolomics of Aerobic Exercise in Chronic Stroke Survivors: A Pilot Study. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2019 [acesso em 14 jan 2020];28(12):104453. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104453>.

21. Cao J, Eshak ES, Liu K, Gero K, Liu Z, Yu C. Age-Period-Cohort Analysis of Stroke Mortality Attributable to High Sodium Intake in China and Japan: GBD Data 1990 to 2016. Stroke. 2019 [acesso em 07 dez 2019];50(7):1648-1654. Disponível em: <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.024617>.

22. Joo JY, Liu MF. Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review. West J Nurs Res. 2020 [acesso em 03 fev 2021];24:193945920943827. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0193945920943827>.

CHARACTERIZATION OF THE CLINICAL URGENCY CARE VISITS IN A HABITUAL RISK MATERNITY HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Objective: to characterize the emergency care services offered in a habitual risk maternity hospital. Method: a quantitative, cross-sectional and retrospective research study, with analysis of the indicators corresponding to the emergency care services of a maternity hospital from a capital city in southern Brazil, from January 2018 to December 2019. The data were subjected to descriptive analysis. Results: of the 25,451 care visits, 24,307 corresponded to pregnant women, 944 were puerperal women, 119 had undergone miscarriages, 46 are not pregnant, and 35 cases were undefined. The mean number of visits per month was 1,060; with greater demand in the afternoon shift, in the age group between 20 and 29 years old, with a minimum of eight and a maximum of 61 years old; with third trimester of pregnancy and green urgency risk rating representing higher demand. The most frequently recorded reason to seek care was abdominal pain. Conclusion: the research contributed to understanding in which Health Care Network services communication should be strengthened, improved and maintained.

DESCRIPTORS: Women's Health; Obstetric Nursing; Nursing Care Standards, Pregnant Women; Welcoming.

Recibido en: 28/10/2021

Aprobado en: 31/03/2022

Editor asociado: Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Tatiane Herreira Trigueiro

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170

E-mail: tatiherreira@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Trigueiro TH, Vicari K, Janiacki K da L; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Trigueiro TH, Vicari K, Janiacki K da L, Rosa AP da; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Trigueiro TH. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).