



## CLÍNICA

### RECIÉN NACIDOS EGRESADOS DE LA MATERNIDAD MUNICIPAL DE RIO DE JANEIRO: DIAGNÓSTICO DE SALUD MATERNAL E INFANTIL A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA NEONATAL.

RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS DAS MATERNIDADES MUNICIPAIS DO RIO DE JANEIRO: DAIGNÓSTICO MATERNO-INFANTIL ATRAVÉS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NEONATAL.

**\*Moreira Christoffel, M., \*\*Ribeiro, F., \*\*\*Terra, C. A.**

\* Professora Adjunta. Departamento Materno-Infantil. \*\*Aluna graduação enfermagem 8o. Período. Bolsista PIBIC/UERJ. \*\*\*Aluna graduação enfermagem. 9o. Período. Bolsista PIBIC/UERJ. Faculdade de Enfermagem .Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Brasil.

Palabras clave: Consulta de enfermería; cuidado; bajo peso al nacer; recién nacido.

Palavras-chaves: recém-nascido. Baixo peso ao nascer. Consulta de enfermagem. Cuidado.

### RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el perfil de salud del recién nacido y su madre atendidos en un centro municipal de salud, determinando los principales males intercurrentes que les acometen en el período neonatal; identificar el recién nacido de bajo peso con miras al acompañamiento de su crecimiento y desarrollo. Se trata de un estudio epidemiológico y descriptivo cumplido en un centro municipal de salud, sito en la ciudad de Río de Janeiro-Brasil. Los datos fueron recogidos a través de guión para consulta de enfermería, en 2003 y 2004, y sometidos a análisis estadístico. Son resultados: atención a 153 recién nacidos, la mayoría - 134 (87,6%) - con peso adecuado para la edad y 19 (12,4%) con peso bajo al nacer, variando entre 2035 g. y 2490 g. Factores como gravidez en la adolescencia, poca escolaridad y la calidad de la atención en el pre-natal ejercen papel preponderante en la cadena causal de recién nacido de bajo peso. El enfermero debe primar por el cuidado integral al niño y a su madre en el período neonatal a fin de contribuir a la reducción de la mortalidad infantil.

## RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo os recém-nascidos (RN) egressos das maternidades municipais do Rio de Janeiro, em especial, os de baixo peso ao nascer (BPN). O estudo tem como objetivos: identificar os recém-nascidos de baixo peso para a realização de seguimento do seu crescimento e desenvolvimento; determinar as principais intercorrências que acometem o RN e sua família no período neonatal, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde; caracterizar a situação de saúde dos RN e sua família atendidos no CMS; promover educação em saúde através da implementação da consulta de enfermagem coletiva. Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo e exploratório. A população foi constituída de 153 crianças, atendidas na consulta de enfermagem, no período de fevereiro a Dezembro de 2003. Fizeram parte da amostra 134 (87,6%) recém-nascidos com peso apropriado para a idade gestacional e 12,4% (19) recém-nascidos com baixo peso ao nascer com peso variando entre 2.035 a 2.490g. Os fatores como gravidez na adolescência e a qualidade do atendimento no pré-natal têm mostrado papel preponderante na cadeia causal de RNBP. Enquanto profissional de saúde, a enfermagem deve ter um olhar de vigilância para o cuidado integral criança e sua família no período neonatal, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal.

## CONSIDERACIONES INICIALES

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es uno de los indicadores más eficaces para reflejar no solamente aspectos de la salud de los niños, sino también la calidad de la asistencia a la salud y el nivel socioeconómico de una determinada población. La mayoría de las muertes podría ser evitada si los derechos fundamentales para la vida y para la salud del niño fueren respetados, ya que están garantizados desde 1988 con la Constitución Federal, el Estatuto del niño y del adolescente (ECA) y por la Resolución 41 sobre Derechos del Niño y del Adolescente Hospitalizados<sup>1,2,3,4</sup>

La mortalidad infantil en Brasil se encuentra en declive desde hace algunas décadas, pasándose de 85,6 óbitos por mil nacidos en 1880 a 28,6/1000 nacidos vivos en 2001, lo que ocurrió en el período postnatal (28 días hasta 1 año de vida). Esa reducción es atribuida a varios factores como intervenciones ambientales, ampliación de servicios de salud, progreso de las tecnologías de salud (inmunización y terapia de rehidratación oral), mejoría del grado de instrucción de las mujeres, disminución de la tasa de fecundidad. Pero el componente neonatal (0 a 27 días) representa la parcela más grande de la TMI a partir de los años 90 del siglo XX, manteniéndose estabilizada en niveles elevados. La mortalidad neonatal proviene de los problemas referentes a la gravidez y al parto<sup>5,6</sup>

En Brasil, el 41,5% de los niños que mueren con menos de 1 año tienen como causa principal las afecciones perinatales (prematuridad, bajo peso al nacer, insuficiencias respiratoria y cardiaca, afecciones no bien definidas); 13,5%, por enfermedades infecciosas y parasitarias (diarreas); 10,4%, por infecciones respiratorias (neumonía); 18,2%, por causas no bien definidas, y 16,4% por otros motivos. Las causas subyacentes de esos óbitos están relacionadas con las condiciones de salud y nutrición, el nivel de escolaridad y de vida de la mujer y de la familia, la calidad de la asistencia prestada durante la gestación, el parto, el postparto y los cuidados con el recién nacido<sup>6,7,8</sup>

El peso del niño al nacer es un importante indicador de riesgo no sólo para la supervivencia infantil, sino de las condiciones de crecimiento intrauterino, e indica el déficit nutricional en los primeros años de vida. Estudios acerca del perfil nutricional de recién nacidos y niños en sus primeros años de vida revelan que 8% de aquellos con bajo peso al nacer provienen de regiones desarrolladas como Río de Janeiro, Sao Paulo y Distrito Federal, considerándose, como media, que en Brasil, el 5% de los niños de 0 a 5 años presentan déficit ponderal<sup>9:11</sup>

El Ministerio de Salud ofrece la Agenda de Compromisos con la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil para la organización de una red integrada de asistencia a través de la línea de cuidado integral al niño, con identificación de acciones prioritarias, tales como la asistencia al niño, con identificación de acciones prioritarias, tales como la asistencia al niño desde la primera atención, en las unidades básicas, hasta el nivel más complejo de la asistencia<sup>6</sup>. Entre los principales ejes de acción está el nacimiento saludable, con la atención desde la concepción hasta la atención al prenatal, parto y puerperio y la primera semana de “salud integral” después del parto, período en que se concentran los óbitos, además del acompañamiento del niño hasta los 10 años de edad<sup>6</sup>

En tal contexto, el proyecto de extensión “Consulta de Enfermería Neonatal, una alternativa para la asistencia” es una de las estrategias utilizadas por el Departamento Maternal e Infantil de la Facultad de Enfermería de la Universidad del Estado de Río de Janeiro y los profesionales del Centro Municipal de Salud (CMS) Milton Fontes Magarão, sito en el barrio Engenho de Dentro, en la ciudad de Río de Janeiro.

La Consulta de Enfermería Neonatal fue implantada en 1997, atendiendo al recién nacido y a su madre en dos consultas consecutivas, entre el 50 y el 150 día de vida, oriundos de la Sala del Test del Piecicito y de la Sala de Vacuna (BCG), empleándose como metodología la escucha sensible, en consonancia con las políticas desarrolladas en la Unidad de Salud.

Por lo expuesto, este estudio tuvo como objetivos: identificar al recién nacido de bajo peso para la realización de su seguimiento y crecimiento en el primer año de vida; determinar los principales males intercurrentes que acometen al recién nacido y su madre, y caracterizar la situación de salud del recién nacido y su madre atendidos en la consulta de enfermería.

Este trabajo es relevante para los profesionales que trabajan en unidades básicas de salud, puesto que los resultados permitirán una comprensión mejor para la vigilancia de la salud del recién nacido y su madre, además de contribuir para el Programa Acogimiento Madre/Bebé que mira la atención humanizada después del alta hospitalaria, integrando y optimizando las acciones recomendadas para la asistencia al recién nacido y a la puerpera y la implantación de educación en salud.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio epidemiológico, de carácter descriptivo y exploratorio, con aplicación del análisis estadístico. Conforme Rouquayrol y Barreto<sup>10:84</sup>

“La epidemiología en su proceso descriptivo estudia la distribución de frecuencia de las dolencias y de los personas, posibilitando detallar el perfil epidemiológico, mirando al perfeccionamiento de las acciones de asistencia y prevención de la enfermedad, de promoción de la salud”.

La muestra constaba de 153 recién nacidos atendidos en la consulta de enfermería, en el período de junio de 2003 a junio de 2004. De ellos, 134 (87,6%), nació con peso adecuado

para la edad gestacional (AEG) y 19 (12,4%) recién nacidos con bajo peso al nacer (RNBP), de los cuales 2 (10,5%) no comparecieron a las consultas programadas por la investigadora. Fueron excluidos los recién nacidos atendidos por el Servicio de Pronto Atendimento (SPA), pues no presentan certificación de nacimiento en el momento de la consulta y, al retornar a la Unidad, pueden ser atendidos en otros horarios o días que no son los de la consulta de enfermería.

El CMS Milton Fontes Magarão, campo de la pesquisa, pertenece al Área Programática (AP3.2), compuesta por 18 barrios, entre ellos el de Engenho de Dentro, en el que está localizado el Centro Municipal de Salud. Esta área programática tiene 12 Unidades de Salud del gobierno; 1 unidad de Pronto Socorro (Emergencia); 1 Unidad con Pronto Atendimento = obstétrico (Maternidad); 4 Unidades hospitalarias (2 hospitales generales y 2 hospitales especializados/Institutos); 8 Unidades Ambulatorias y Mixtas (3 Puestos de Asistencia Médica, 2 Centros Municipales de Salud y 3 Puestos de Salud). El Centro ofrece, en los horarios de la mañana y de tarde, las siguientes consultas en ambulatorio: clínica general, pediatría, ginecología/osbtetricia, dermatología, enfermería, fonoaudiología, homeopatía, medicina general comunitaria, nutrición, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, neumología, psicología, servicio social, terapia ocupacional. (Anexo 1)

Esta encuesta fue aprobada por el Comité de Ética del Municipio de Río de Janeiro cumpliendo las exigencias de la Resolución 196/96 (Anexo 2). Fueron programadas consultas de acompañamiento con los recién nacidos de bajo peso y todas las madres entrevistadas asignaron el término de Consentimiento Libre y Esclarecido para la investigación científica, después que conocieron su contenido (Anexo 3)

Para la recogida de datos, se utilizó un formulario constituido por los datos contenidos en Prontuario del Niño adoptado por la Secretaría Municipal de Salud (Anexo 4), conteniendo 13 ítems, inclusive el examen físico. Los días y horarios de atención fueron aquellos del Proyecto de Extensión, o sea, una vez por semana, en el período 2003/2004. Los datos fueron recogidos y los resultados descritos como frecuencias absolutas y relativas y representación tabular.

## RESULTADOS

Los datos relacionados con las variables investigadas, a partir de la aplicación del formulario, se distribuyen en el siguiente orden de presentación.

La tabla 1 presenta las características socio-demográficas de las madres. La edad media 29,4 (45) de las madres está en la franja de edad de 20 a 24 años, siendo que el 23,5% (36) de ellas son adolescentes y el 7,8% (12) son mayores de 35 años. Destaca que el 15,8% (3) de las adolescentes tuvieron hijos con bajo peso al nacer. El 10,5% (2) de las madres con más de 35 años tuvieron hijo con bajo peso. En cuanto al grado de instrucción materna el 96,1% (47) saben leer y escribir, mientras que el 3,9% (6) no sabían.

El 40,5% (62) tenían renta entre 2 a 5 salarios mínimos y que el 7,8% (12) recibían menos de un salario mínimo. Entre las madres que tuvieron RNBP, 5,3% (1) recibía menos de un salario mínimo y el 31,6% (6) recibían más de 5 salarios mínimos.

**Tabela 1** Distribuição da Frequência das mães, segundo características sócio-demográficas.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Idade (anos)</b>	< 19 anos	3	15,8	33	24,6	36	23,5
	20 – 24	8	42,1	37	27,6	45	29,4
	25 – 30	6	31,6	32	23,9	38	24,8
	31 – 35	2	10,5	20	14,9	22	14,5
	> 35 anos	0	0	12	9,0	12	7,8
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
<b>Instrução materna</b>	Lê e Escreve	19	100	129	96,3	147	96,1
	Não Lê e Não Escreve	-	-	5	3,7	6	3,9
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
<b>Renda Familiar (SM)</b>	< 1 SM	1	5,3	11	8,2	12	7,8
	1 a 2 SM	10	52,6	32	23,9	42	27,5
	2 a 5 SM	2	10,5	59	44,0	62	40,5
	> 5 SM	6	31,6	32	23,9	37	24,2
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La Tabla 2 presenta las características relativas a la historia de la gestación de las madres. Se constata que apenas 4% (6) de las madres no realizaron el pre-natal y la mayoría, 96% (147) sí lo realizaron. En este estudio, 10.5% (2) de las madres que no realizaron el pre-natal tuvieron hijos con bajo peso al nacer. En relación al número de consultas en el pre-natal, 64% (102) de las madres realizaron más de 6 consultas en el pre-natal, mientras que 26% (43) realizaron menos de 4 consultas.

De estas, 52.6% (10) realizaron más de 6 consultas y tuvieron hijo con bajo peso al nacer, mientras que el 5.3% (1), realizó menos de 4 consultas en el pre-natal. Pudimos observar también que, 57.9% (11) realizaron el pre-natal en el primer trimestre, y que 42.1% (8) realizaron el pre-natal en el 2º trimestre de gestación.

En relación al tabaquismo en la gestación, verificose que el 90% (137) de las mujeres no fumaron durante la gestación, el 10% (16) fumaron en algún momento de la gestación. De las que fumaron, 21% (4) tuvo hijo con bajo peso al nacer. En cuanto al uso de bebidas alcohólicas durante la gestación, la gran mayoría, 98% (150) no tomó alcohol. Podemos observar que 2% (3) consumieron alcohol en la gestación. De estas, 10.5% (2) tuvo hijo con bajo peso al nacer.

**Tabela 2 - Distribuição de Frequência de mães, segundo características da história da gestação.**

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Pré-natal	Sim	17	89,5	130	97,0	147	96,0
	Não	2	10,5	4	3,0	6	4,0
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Consulta pré-natal	< 4	1	5,3	7	5,2	8	10,0
	4 a 6	8	42,1	35	26,1	43	26,0
	> 6	10	52,6	92	68,7	102	64,0
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Inicio pré-natal	1º trimestre	11	57,9	85	63,4	96	62,7
	2º. Trimestre	8	42,1	49	36,6	57	37,3
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Fumo	Sim	4	21,0	12	9,0	16	10,0
	Não	15	79,0	122	91,0	137	90,0
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Álcool	Sim	02	10,5	1	0,7	3	2,0
	Não	17	89,5	133	99,3	150	98,0
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

En la Tabla 3, según las interurrencias en las madres en la gestación, podemos observar que, 61,4% (94) de las madres presentaron alguna interurrencia en la gestación. De estas 32,9% (32) tuvieron infección urinaria, 10,6% (10) anemia, 29,4% (27) hipertensión arterial, 2,1% (2) diabetes gestacional, 2,1 (2) sífilis y 6,4% (6) hemorragia. Las madres que tuvieron hijos con bajo peso al nacer 68,5% (13) presentaron interurrencias gestacionales, de las cuales 5,3% (1) tuvieron sífilis; 10,5% (2) tuvieron infección urinaria; 10,5% (2) anemia; 5,3% (1) hemorragia; 10,5% (2) hipertensión arterial y 10,5 (2) diabetes.

**Tabela 3 - Distribuição de Frequência Segundo Intercorrências das Mães na Gestação**

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Doenças gestação	Sífilis	1	5,3	1	0,8	2	2,1
	Infecção urinária	2	10,5	30	22,4	32	32,9
	Anemia	2	10,5	8	6,0	10	10,6
	Hemorragia	1	5,3	5	3,7	6	6,4
	Hipertensão arterial	2	10,5	25	18,9	27	29,4
	Diabetes gestacionais	2	10,5	0	0	2	2,1
	Outras	3	15,9	12	9,0	15	24,9
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>68,5</b>	<b>81</b>	<b>60,8</b>	<b>94</b>	<b>61,4</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La Tabla 4 presenta características de las madres, según el historial del parto. Se constata que el 100% (153) de las madres tuvieron parto hospitalario. Más de la mitad 64.7% (99) tuvo parto normal, 34.6% (53) parto cesárea y apenas 0.7% (1) tuvieron parto fórceps. Podemos observar que de las madres que tuvieron hijos con bajo peso al nacer 63.2% (12) tuvieron parto normal y 36.8% (36.8) tuvieron parto cesáreo.

En relación a la edad gestacional, verificase que el 80.4% (123) de las madres tuvieron gestación a término y 19% (29) tuvieron gestación pre-término y apenas 0.6% (1) gestación post-término. Observamos 42.1% (8) de los niños nacieron a término con bajo peso, en tanto que 5,7% (11) presentaron edad gestacional menor inferior a 37 semanas.

**Tabela 4** Distribuição de Frequência de Mães, Segundo Características da História do Parto.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	%	N	%	N	%
Local	Domiciliar	0	0	0	0	0	0
	Hospitalar	19	100	134	100	153	100
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Tipo	Normal	12	63,2	87	64,9	99	64,7
	Cesárea	7	36,8	46	34,3	53	34,6
	fórcipe	0	0	1	0,8	1	0,7
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Idade gestacional	A termo	8	42,1	115	85,8	123	80,4
	Pré-termo	11	5,7	18	13,4	29	19,0
	Pós-termo	0	0	1	0,8	1	0,6
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La Tabla 5 presenta las características del recién nacido. Podemos observar que la gran mayoría, 92.8 (145) de los recién nacidos presentó Apgar entre 7 y 10 en el 1º y 5º minuto de vida. De estos 89.5% (17) que nacieron con bajo peso presentaron Apgar entre 7 a 10, mientras que 10,5% (2) presentaron Apgar menor que 7. La mayoría de los recién nacidos, 90.2% (138) permanecieron en sistema de alojamiento conjunto al nacer. De estos, 26.1% (5) de los niños con bajo peso al nacer no permanecieron en alojamiento conjunto por presentar algún problema en el nacimiento.

**Tabela 5** - Distribuição de frequência de recém-nascidos, segundo características da História do nascimento

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		Total	
		N	F%	N	F%	N	F%
Apgar	1 a 3	0	0	0	0	0	0
	4 a 6	2	10,5	9	6,7	11	7,2
	7 a 10	17	89,5	125	93,3	145	92,8
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
Alojamento Conjunto	Sim	14	73,9	124	90,0	138	90,2
	Não	5	26,1	10	10,0	15	9,8
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La Tabla 6 presenta las características del recién nacido relativas al período neonatal. El 69.9% (107) de los recién nacidos fueron atendidos en la consulta de enfermería en el período neonatal tardío, mientras que 30.1% (46) en el período neonatal precoz. De estos,



68.4% (13) comparecieron en el período neonatal precoz y nacieron con bajo peso, en tanto que 31.6% (6) en el período neonatal tardío.

En relación con la alimentación materna, 66% (101) tenían alimentación materna exclusivamente, 26.2 (40) alimentación parcial y 7.8% (12) tenían alimentación predominante. Observamos que de estos, 58% (11) nacieron con bajo peso y tenían alimentación exclusiva, en tanto que 21% (4) en alimentación predominante y 21% (4) alimentación parcial.

**Tabela 6** - Distribuição de Frequência de Recém-Nascidos Segundo Características do Período Neonatal

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		N	Total
		N	F%	N	F%	N	F%
Precoce	0 – 7 dias	13	68,4	33	24,6	46	30,1
Tardio	8 – 28 dias	6	31,6	101	75,4	107	69,9
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>
aleitamento	Exclusivo	11	58,0	90	67,2	101	66,0
	Predominante	4	21,0	8	6,0	12	7,8
	Parcial	4	21,0	36	26,8	40	26,2
Total		19	100	134	100	153	100

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La Tabla 7 presenta las características del recién nacido relativas a las intercorriencias en el período neonatal. De entre los principales problemas presentados por los recién nacidos en la consulta de enfermería, 48.4% (74) presentaron afecciones cutáneas con señales de hipertermia, placas densas en garganta, lesiones eritematosas exudativas en el cuerpo; 30.7% (47) de los recién nacidos presentaron obstrucción nasal, 17.6% (27) de las madres referían cólico y/o hemorragia intestinal, reconociendo a través del llanto y del esfuerzo las evacuaciones, mientras que 3.3% (5) presentaron otras intercorriencias. De estos, podemos observar que 21.6% (8) que nacieron con bajo peso al nacer presentaron afecciones cutáneas y 10.8% (4) presentaron cólico, según el relato de las madres.

**Tabela 7** - Distribuição de Frequência de recém-nascidos, segundo intercorrências na consulta enfermagem.

Variável	Categoria	< 2500 g		> 2500 g		N	Total
		N	F%	N	F%	N	F%
Intercorrências	Prisão de ventre/cólica	4	10,8	23	17,2	27	17,6
	Obstrução nasal	7	18,9	40	29,9	47	30,7
	Afecções cutâneas	8	21,6	66	49,3	74	48,4
	Outras	-	-	5	3,6	5	3,3
<b>Total</b>		<b>19</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>153</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

La tabla 8 muestra datos sobre el seguimiento del recién nacido de bajo peso al nacer. En relación a la alimentación materna hasta los 6 meses de vida, pudimos observar que el

64,4% (11) de los niños se amamantaron exclusivamente del seno materno, mientras que el 35,6% (6) no amamantaron exclusivamente. De estos 17,8% (3) tuvo alimentación predominante y 17,8% (3) alimentación parcial.

En relación al número de consultas de seguimiento, 100% (19) realizaron la primera consulta entre 7 y 15 días de vida. En cuanto al número de consultas subsiguientes, los datos muestran que 52,9% (9) realizaron entre 2 a 4 consultas, 23,5 (4) realizaron entre 5 a 7 consultas, 17,7% (3) realizaron más de 7 consultas y 5,9% (1) de los niños hicieron 1 consulta. En relación a la ganancia ponderal y la curva de crecimiento indicadas en la tarjeta del niño, pudimos observar que 100% de estos tuvieron su peso entre el percentil 97 (P- 97) y el percentil 10 (P-10) con inclinación de curva de crecimiento ascendente, siendo las madres felicitadas por el crecimiento satisfactorio de su hijo. En relación a los marcos de desarrollo fueron acompañados de acuerdo con la Tarjeta del Niño, y 100% de los niños estaban dentro de las etapas de desarrollo esperadas para su franja de edad.

En cuanto al desmame, 58,8% (10) de las madres comenzaron a dar alimentos sólidos a partir del 6º mes de vida y continuaban con el alimento materno, en tanto que el 41,2% (7) no estaban siendo amamantados del seno materno.

**Tabela 8 - Distribuição de Frequência do seguimento do Recém-nascido de baixo peso ao nascer**

<b>Aleitamento até 6 meses de vida</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo</b>	<b>Exclusivo</b>	11	64,4
	<b>Predominante</b>	3	17,8
	<b>Parcial</b>	3	17,8
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>Consultas mínimas no 1º. Ano de vida</b>	< 2	1	5,9
	2 a 4	9	52,9
	5 a 7	4	23,5
	> 7	3	17,7
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>
<b>Introdução de Alimentos</b>	< 6 meses	7	41,2
	> 6 meses	10	58,8
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

En la Tabla 9, observamos que de entre las principales interurrencias presentadas por los recién nacidos con bajo peso al nacer en el primer año de vida 18,9% (7) tuvieron infección respiratoria, según relato de las madres. De estas, 35,2 % (6) niños presentaron episodios de tos y dificultad para respirar, siendo enviadas a consulta médica en menos de 3 meses. 11,8 % (2) presentaron 3 episodios de tos y dificultad respiratoria con edad entre 3 y 6 meses de vida. De los 47,1% (8) niños, presentaron afecciones cutáneas en el primer año de vida, mientras que 11,8% (2) comparecieron en las consultas subsiguientes con otras

intercurrencias. Destacar que en el estudio, observamos que 3 de los niños con bajo peso al nacer estuvieron internados por presentar dificultad respiratoria y tiramiento subcostal con menos de 3 meses de vida, en tanto que otros 2 niños estuvieron internados dos veces, según el relato de las madres por estar con bronquitis, y otro niño por presentar neumonía y bronquitis. Todos hicieron uso de antibioticoterapia y oxigenoterapia.

**Tabela 9 - Distribuição de Freqüência das Intercorrências apresentadas no 1º ano de vida nas crianças com baixo peso ao nascer**

<b>Intercorrências no 1º ano de vida</b>	<b>N</b>	<b>F%</b>
Infecções Respiratórias (tosse e dificuldade respirar)	7	18,9
Infecções respiratórias (2 episódios < 3 meses)	6	16,3
Infecções respiratórias (3 episódios entre 3 e 6 meses)	2	5,4
Diarréia	4	10,8
Afecções cutâneas	9	24,3
Anemia	1	2,7
Infecção Urinária	1	2,7

Fonte: Prontuário da Criança. CMSMFM/RJ

## DISCUSIÓN

Los datos nos revelaron el alcance de la asistencia maternal e infantil durante el prenatal, el parto y el nacimiento en el área programática ya citada - AP 3.2. En muestra de 153 (100%) recién nacidos, fueron identificados 19 RNBP, lo que representa una prevalencia de 12,4%. Esa prevalencia de bajo peso al nacer va más allá de los resultados encontrados en otras investigaciones en Rio de Janeiro y en Brasil<sup>11,12</sup>

En cuanto a la edad gestacional y al peso de nacimiento, 5,7% de los niños tenían edad gestacional menor de 37 semanas. Este dato es inferior a los encontrados en el Municipio de Rio de Janeiro, cuya tasa de prematuridad es de 7,9<sup>11</sup>. Los factores de riesgo para el bajo peso al nacer son: tabaco, alcohol, otras drogas, hipertensión arterial sistémica, dolencias infecciosas crónicas, enfermedades sexualmente transmisibles, condición nutricional de la gestante, intervalo corto entre los partos (menos de 2 años), elevado número de partos, edad de la madre (menos de 19 años o mayor de 35 años), gestaciones múltiples, prematuridad.<sup>13</sup>

Las variables pueden ser agrupadas en sociodemográficas, atención al prenatal, parto, nacimiento y puerperio, y seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño con bajo peso al nacer.

En relación a las variables sociodemográficas, el grado de escolaridad de la madre revela que la mayoría - 147 ( 96,12%) - sabía leer y escribir, teniendo el Primer grado, o sea, hasta 8 años de estudio, lo que es indicador de baja escolaridad. Mientras tanto, en otro estudio<sup>14</sup>, fue encontrada una situación más precaria - 20,5 % de niños residentes en domicilios particulares permanentes tienen como responsables personas con menos de 4 años de escolaridad..

Destacar que la renta familiar de la mayoría - 104 ( 68%) - de las entrevistadas era inferior a 5 salarios mínimos. Gran parte del restante de las mujeres no tenía ocupación remunerada que pudiera contribuir para el aumento de la renta familiar.

Esas variables están relacionadas como un factor determinante para el bajo peso al nacer y para la mortalidad infantil<sup>15</sup>. Otro factor de riesgo para RNBPN es la edad de la madre por debajo de 19 años y por encima de 35 años. Los resultados evidenciaron que 36 (23,5 %) mujeres eran adolescentes y 12 (7,8 %) tenían más de 35 años. Es importante destacar que 3 (15,8 %) de las madres de RNBPN eran adolescentes.

En cuanto a la asistencia al prenatal, los datos mostraron que 147 (96,1 %) mujeres, a pesar de la baja escolaridad, realizaron el prenatal y llevaron a sus hijos recién nacidos para el atendimento en el CMS, un servicio de referencia y contrarreferencia del Municipio, considerando la gravidez como el principal momento de captación de la mujer por la red de atención de salud. El inicio de la atención del prenatal se dio en el primer trimestre de gravidez en 62,7% de las mujeres, mostrando que el número establecido de seis consultas atiende las recomendaciones del ministerio de Salud. El prenatal es uno de los medios más eficaces de detección precoz de interurrencias durante o después de la gestación.<sup>16</sup>

Otros factores de riesgo para nacimiento de bajo peso son las dependencias de drogas lícitas o ilícitas como el tabaco y el alcohol en la gestación. Los datos revelaron que 4 (21 %) madres RNBPN hicieron uso de cigarrillo en algún momento de la gestación. La gestante fumadora presenta dos veces más oportunidades de que su hijo nazca con bajo peso y con estatura por debajo de lo normal de aquella que es no fumadora. Eso ocurre principalmente a causa de los efectos del monóxido de carbono y de nicotina ejercidos sobre el feto, después de la absorción por el organismo de la madre.<sup>17,18</sup> Con relación a las 3 (2%) madres que ingirieron bebidas alcohólicas en la gestación, dos de ellas tuvieron hijo con bajo peso al nacer, lo que muestra su efecto negativo. 2 (10,5%) madres de RNBPN no realizaron el prenatal. La asistencia a la mujer durante el prenatal es importante para que la gravidez transcurra con seguridad, y eso incluye la prevención, la promoción de la salud y el tratamiento de problemas que aparecen en el decurso de la gestación. Es necesario también dedicar atención especial a las mujeres grávidas portadoras de dolencias que pueden agravarse con la gestación o son provocadas por ese período<sup>19</sup>.

En este estudio, 94 (61,4%) mujeres relataron alguna enfermedad durante la gestación, siendo que 32 (32,9%) de ellas manifestaron infección urinaria, 27 (29,4%) presentaban hipertensión arterial y 6,1% padecían de sífilis. Se resalta que la mayoría de las mujeres realizaron al prenatal en instituciones públicas de salud consideradas de nivel primario y adecuadas para la atención de gestantes de bajo riesgo. Los profesionales de salud deben estar atentos al surgimiento o agravamiento de los factores de riesgo para el crecimiento fetal y sus condiciones de vitalidad y madurez, lo que contribuye a disminuir la mortalidad infantil<sup>20</sup>.

En relación al parto y al nacimiento, se demostró que el 100% de los niños nacieron de parto hospitalario, que la mayoría - 99 (64,7%) - nació de parto normal y 53 (34,6%) nacieron de parto cesáreo. En la Región sureste del Brasil, el parto normal es un procedimiento de mayor frecuencia en la red hospitalaria del Sistema Único de Salud (SUS). Ahora las tasas de cesáreas presentadas al SUS están en declive - 32% en 1997, 28% en 1998, 25% en 1999 y 24% en 2000. Rio de Janeiro presenta una de las mayores tasas de parto cesárea de Brasil, pues el resultado de 34,6% está por encima de la tasa recomendada, de 15 a 20% del total de la población<sup>20</sup>. El parto cesáreo puede traer complicaciones y es uno de los riesgos de defunción materna.

Los resultados mostraron que, de los 19 niños nacidos con bajo peso, 7 (36,8%) nacieron de parto cesáreo. Datos de la SMS de Rio de Janeiro revelaron que, en el AP 3.2, fueron realizados 48,5% partos cesáreos en 2004<sup>11</sup>.

El Ministerio de Salud considera como normal el parto vaginal, siendo este el más seguro para el niño y para la madre. La mujer debe ser informada de que existen formas alternativas para controlar el dolor asociado al parto, y que no se justifica el parto cesáreo solamente con esa finalidad de evitarlo. La prevalencia de partos mediante cesárea es directamente proporcional al nivel de renta de la mujer. Los mayores riesgos del parto cesáreo están asociados a la edad maternal precoz o alta, o a la paridad baja o muy elevada. La mayoría de las veces no hay una justificativa obstétrica para la indicación de ese tipo de parto. Los riesgos del parto cesáreo son las consecuencias de una cicatriz uterina, pudiendo influir en el futuro reproductivo de la mujer; además de eso, el riesgo relativo de muerte materna es aún más alto en parto cesáreo que en el parto normal. Las causas tradicionales de defunción de la madre son: hemorragias, infección, embolia pulmonar y accidentes por la anestesia<sup>19</sup>. Es importante destacar que todas las mujeres tuvieron sus hijos en maternidades del Municipio, donde prima la humanización del nacimiento.

En relación a la edad gestacional, 123 (80,4%) niños nacieron a término y 23 (19%) fueron prematuros. La incidencia de RNBP, de prematuros o de recién nacidos con edad gestacional igual o superior a 37 semanas y con retardación de crecimiento intrauterino es bastante variable en Brasil, debido a los factores sociales, económicos y demográficos de las mujeres. En los países en desarrollo el 60% a 70% de los RNBP son niños con edad gestacional de 37 o más semanas y con retardación de crecimiento intrauterino<sup>21</sup>.

En cuanto al Apgar, 145 (92,8%) de los niños nacieron con el Boletín de Apgar entre 7 y 10. Debe destacarse que al solicitar la Tarjeta de niño, la gran mayoría no registraba ese ítem. Es sabido que el boletín de Apgar cuantifica y resume la respuesta del recién nacido al ambiente extrauterino y a las maniobras de reanimación, lo que es evaluado entre 1 y 5 minutos después del nacimiento. El Boletín de Apgar no debe ser empleado para verificar la necesidad de reanimación, pero sí para evaluar los efectos de la misma<sup>22</sup>

Con respecto al alojamiento conjunto, 138 (90,2%) niños permanecieron con sus madres, después del nacimiento, en un mismo ambiente, independientemente de tratarse de parto normal o cesáreo. En el alojamiento conjunto, la educación para la salud constituye una de las acciones que posibilita a las madres obtener conocimientos y habilidades para el autocuidado<sup>23</sup>

En cuanto a la comparecencia del recién nacido en el servicio de salud, se observó que 107 (69,9%) fueron conducidos por sus padres en edad neonatal tardía. La acogida de la madre y del recién nacido debe acaecer en la primera semana de vida, eso para garantizar la consulta de postparto para la mujer y principalmente el test del piecicito para el niño, lo que es recomendado entre al 5º y el 7º día de vida.<sup>11, 12</sup>

El Ministerio de Salud aconseja el amamantamiento materno exclusivo por un período de 6 meses. Después de eso período, el niño debe recibir también alimentos complementarios, extendiendo el amamantamiento por un mínimo de dos años. Hoy, el amamantamiento es clasificado en: exclusivo, cuando el niño sólo recibe leche materna o leche humana de banco y no recibe ningún otro alimento; predominante, cuando la principal fuente de alimentación es la leche materna y el niño puede recibir también agua, té, medicamentos o suero de rehidratación oral; parcial, cuando además de leche materna el niño recibe también, antes de la época adecuada, otros alimentos (leche, cereales, frutas, legumbres) en alguna refección; y total, que es la medida o el índice que refleja el período de amamantamiento materno exclusivo y predominante<sup>20</sup>. Entre los RNBP, 11 (58%) tuvieron amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses de edad y 8 (42%) se dividieron igualmente entre amamantamiento predominante y parcial. La mayoría de la muestra - 101 (66%) - recibió amamantamiento exclusivo.

En cuanto a las enfermedades prevalentes en la infancia, los RNBPB presentaron insuficiencia respiratoria aguda (IRA), lo que llevó a la hospitalización de 6 niños. Las IRAs presentan altas incidencias y suponen cerca de 30 a 60% de todas las consultas pediátricas en ambulatorio, lo que significa una demanda excesiva para los servicios de salud. Generalmente, presentan en su mayoría cuadro clínico benigno, de origen viral; la bronconeumonía ocurre en los primeros años de vida y con mayor incidencia alrededor de los 6 meses de edad. La neumonía es una importante causa de hospitalización y muerte en niños con menos de 5 años, siendo el bajo peso al nacer uno de los factores de riesgo .<sup>24, 25</sup>

## CONCLUSIÓN

Este trabajo muestra que la investigación realizada en un Centro Municipal de Salud puede facilitar importantes informaciones para la intervención profesional a favor de la mejoría de la calidad de vida del niño. Las actividades cumplidas en los servicios de referencia y contrarreferencia deben ser complementarias y de continuidad. Desde la concepción hasta el prenatal, las mujeres deben ser preparadas para el parto y el nacimiento a fin de detectarse alteraciones durante la gestación, reduciéndose la prevalencia de bajo peso al nacer.

En esa perspectiva, el programa de humanización del parto, del nacimiento y del puerperio y el programa de acogimiento madre-bebé tienen como uno de los objetivos principales el niño -foco del cuidado-, y se recomienda que la integridad de la asistencia al niño debe ser incorporada como directriz institucional e individual.

Se destacó con este trabajo, la importancia de la comprensión de las necesidades del recién nacido, en especial los de bajo peso, y de las acciones profesionales que aseguran la calidad de la atención familiar e implementar medidas individualizadas en la atención que propician establecer con todo niño y su familia un vínculo para percibir sus necesidades y la capacidad de relacionarse. Durante la consulta de enfermería neonatal, el profesional debe tener una mirada vigilante y una escucha sensible con el fin de monitorizar situaciones de riesgo.

## REFERENCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Capítulo II da Ordem Social e Seção II Artigos 196 a 200. Brasília. Senado federal. 1988
2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª. ed. Outubro. Brasília. 1990
3. Brasil. Ministério da Justiça. Resolução no. 41 Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. CONANDA. Brasília. 1995.
4. Brasil. Ministério da saúde. Situação da saúde da criança no Brasil. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em Agosto. 2001
5. Brasil. Ministério da saúde. Serviço de Assistência à Saúde da criança. A monitorização da saúde da criança em situação de risco e o município. Brasília. 1998
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília. 2004. 80p.

7. Unicef. Fundos das Nações Unidas para a Infância. A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. Brasília. 1998. 41 p.
8. Unicef. Fundos das Nações Unidas para a Infância. Situação da Infância 2002. Liderança: Brasília, 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2ª. ed. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília. 2003. p.11-12
10. Rouquayrol, M. Z. Epidemiologia e Saúde 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.84
11. Secretaria Municipal de saúde. Saúde Rio. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: Acesso em: 27/09/2004.
12. Nascimento, L.F.C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. Rev. Bras. Matern. Infantil. Recife. 3(1):37-42, Jan-Mar, 2003
13. Brasil. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ( IBGE) - Censo Demográfico 2000 - Fecundidade e Mortalidade Infantil: Resultados Preliminares da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21p.
15. Carmo, M. G. T. et al. A avaliação ponderal de gestantes atendidas na maternidade escola UFRJ e sua relação com o peso ao nascer. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Maio. 1998. vol.108. no.5
16. Brasil. Acompanhando a Saúde da Mulher. Parte I: Gestação, Parto e Puerpério. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1995).
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Redução do tabagismo na gravidez e o peso do RN. Disponível em: [http://www.gineconews.org/jornal/2002/volume\\_35/volume\\_35\\_28.htm](http://www.gineconews.org/jornal/2002/volume_35/volume_35_28.htm). Acesso em: 10/06/2004.
18. Instituto Nacional do Câncer. (INCA) Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=gravidez.htm>. Acesso em: 10/06/2004.
19. BRASIL. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
20. BRASIL. Gestação de Alto Risco. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Assistência ao recém- nascido. Brasília, 1994. p.41-47
22. American Heart Association. Manual de reanimação neonatal. 4a. ed. São Paulo. 2000. 278 p.

23. Gaiva, M. a . M., Gomes, M. M. F. Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia. AB, 2003, 176 p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de Captação. 2º ed. Brasília, 2002.
25. Alvim et al. Pneumonia na infância. IN: saúde da família: cuidando de crianças e adolescente. Cap. 18. Coopmed. 2003. Belo Horizonte. P. 185-191

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia