

**CARACTERIZACIÓN DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN UNA
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL****CARACTERIZAÇÃO DE MÃES E RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL****CHARACTERIZATION OF MOTHERS AND PRETERM NEWBORNS IN A
NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT**

Andréa Lopes Barbosa¹, Thays de Oliveira Bezerra², Nardelli Brenda Soares Barros³, Claudiane da Silva Lemos⁴, Viviane Nóbrega Gularte Azevedo⁵, Ticiany Alves Bastos⁶, Marcelo Lopes Barbosa⁷, Paulo César de Almeida⁸

Como citar este artículo: Barbosa AL, Bezerra TO, Barros NBS, Lemos CS, Azevedo VNG, Bastos TA, Barbosa ML, Almeida PC. Caracterización de madres y recién nacidos prematuros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. 2021 [acesso em: ____];10(1):e202101. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.4660>

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los recién nacidos prematuros en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Estudio observacional, descriptivo y cuantitativo llevado a cabo en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal en Fortaleza-CE, de enero a noviembre de 2017. La muestra estuvo compuesta por 70 recién nacidos prematuros. La recolección de datos se realizó mediante un formulario que contenía las características demográficas y clínicas de las madres y los recién nacidos. **Resultados:** Entre los principales resultados, se señalan: el 69,6% de las madres tenía entre 20 y 34 años, el 22,1% hizo cinco consultas prenatales, el 29,4% presentó una enfermedad hipertensiva específica del embarazo.

¹ Doctora en Cuidados Clínicos en Enfermería y Salud. Profesora reemplazante de la UFC y Centro Unichristus - Fortaleza-CE, Fortaleza-CE. Brasil. andrea_lopes_barbosa@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6132-3987>

² Graduada en el Centro Universitario Unigrande. Residente de Terapia Intensiva en la UFC - Fortaleza-CE. Fortaleza CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2790-6585>

³ Graduada en el Centro Universitario Estácio do Ceará. Enfermera del Hospital Nossa Senhora da Conceição. Especialista en Enfermería Pediátrica y Neonatal - Fortaleza-CE. Fortaleza CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7200-6274>

⁴ Graduada en el Centro Universitario Estácio do Ceará. Enfermera del Hospital Unimed Fortaleza (Home Care/Pediatría). Estudiante de la Especialización en Nefrología del Centro Universitario Unichristus. - Fortaleza-CE. Fortaleza CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1654-1712>

⁵ Graduada en el Centro Universitario Estácio do Ceará. Profesora visitante en la Escuela de Salud Pública de Ceará. Especialista en Nefrología – Unichristus, Fortaleza-CE. Estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Fortaleza-CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0134-0694>

⁶ Graduada en el Centro Universitario Estácio do Ceará - Fortaleza-CE. Fortaleza-CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4479-1989>

⁷ Médico graduado en la Universidad de Brasilia y Universidad Federal de Ceará –Fortaleza-CE. Médico de guardia de la uti de la meac de la UFC y del Hospital General de Fortaleza – Fortaleza-CE. Master en Ciencias Médicas de la Universidad de Fortaleza-CE. Fortaleza-CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5872-8078>

⁸ Graduado en Estadística en la UFC. Doctor en Salud Pública - Facultad de Salud Pública de la USP – São Paulo-SP. Profesor Adj. en la UEC, Programa de Posgrado en Enfermería de Cuidados Clínicos en Salud y Maestría en Nutrición y Salud. Profesor, colaborador del Posgrado en Enfermería de la UFC - Fortaleza-CE. Fortaleza-CE. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2867-802X>

Con respecto a la edad gestacional de los recién nacidos, la mayoría era prematuro extremo (85,3%), con un peso extremadamente bajo al nacer (50%) y estaba con ventilación mecánica (78,6%). **Conclusión:** Dadas las características de los recién nacidos hospitalizados, se debe procurar una mejor atención prenatal, prever recursos y capacitar a los profesionales, a fin de mejorar la atención de la salud en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Descriptor: Perfil de Salud; Madres; Recién Nacido Prematuro; Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos recém-nascidos pré-termo de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e quantitativo realizado em uma UTIN em Fortaleza-CE, de janeiro a novembro de 2017. A amostra foi composta por 70 recém-nascidos pré-termo. A coleta de dados foi feita por meio de um formulário, contendo as características demográficas e clínicas das mães e dos recém-nascidos. **Resultados:** Dentre os principais resultados, destacam-se: 69,6% das mães tinham idade entre 20-34 anos, 22,1% fizeram cinco consultas de pré-natal, 29,4% apresentaram doença hipertensiva específica da gestação. Concernente aos recém-nascidos, quanto à idade gestacional, a maioria era pré-termo extremo (85,3%), extremamente baixo peso (50%) e estavam sob ventilação mecânica (78,6%). **Conclusão:** Por meio do conhecimento das características dos recém-nascidos internados, deve-se visar à melhor assistência pré-natal, prever recursos e treinar os profissionais, no intuito de melhorar a assistência à saúde na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Descritores: Perfil de Saúde; Mães; Recém-Nascido Prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: The objective was to characterize the sociodemographic and clinical profile of preterm newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** This is an observational, descriptive and quantitative study performed in a Neonatal Intensive Care Unit in Fortaleza-CE, from January to November 2017. The sample was composed of 70 preterm newborns. Data collection took place using a form, containing the demographic and clinical characteristics of mothers and newborns. **Results:** Among the main results, one highlights: 69.6% of the mothers were aged between 20 and 34 years, 22.1% underwent five prenatal consultations, 29.4% presented hypertensive diseases specific to pregnancy. With regard to newborns, as for gestational age, most were extremely preterm (85.3%), extremely underweight (50%) and were undergoing mechanical ventilation (78.6%). **Conclusion:** Through knowledge of the characteristics of hospitalized newborns, we should aim at achieving better prenatal care, providing resources and training professionals, in order to enhance health care in the Neonatal Intensive Care Unit.

Descriptors: Health Profile; Mothers; Infant, Premature; Intensive Care Unit, Neonatal.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es un grave problema de salud pública a nivel mundial, ya que es uno de los factores de riesgo de morbilidad neonatal, que influye en la

condición clínica del recién nacido (RN) e impacta en su calidad de vida.¹

Existe una gran diferencia en la supervivencia de los recién nacidos prematuros (RNPM) según el lugar de

nacimiento. En los países de ingresos altos, la mitad de los RN de 24 semanas sobrevive, mientras que en los países de ingresos bajos la mitad de los RN de 32 semanas muere debido a la falta de atención esencial.²

La tasa de RNPM ha aumentado en todo el mundo, alcanzando el 10,6% en 2014. Los nacimientos prematuros en el norte de África rondan el 13,4%, mientras que en Europa es del 8,7%.³ Brasil se encuentra entre los diez países con el mayor número de RNPM y es responsable del 60 % de los nacimientos prematuros en el mundo.⁴

La prematuridad puede ser el resultado de una combinación compleja de condiciones clínicas, biológicas, genéticas, psicosociales y ambientales, o por recomendación médica debido a factores de riesgo maternos y fetales. Factores maternos como hipertensión, infecciones, diabetes, antecedentes de parto prematuro, primiparidad y malformaciones fetales son algunas de las causas de la prematuridad.⁵

Un estudio transversal realizado con datos de 9,987 registros del Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) demostró que la edad materna extrema, el tipo de parto y la atención prenatal con un número insuficiente de consultas también son factores de riesgo para la prematuridad.⁶ Otro estudio mostró que el estado civil, la baja educación y la etnia

podrían influir en los nacimientos prematuros.⁷

En este escenario con tantos factores que conducen a la prematuridad, el ingreso de un RNPM en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) es un momento crucial para el mantenimiento de su condición clínica e influye directamente en su supervivencia. La prematuridad aumenta el riesgo de adaptación a la vida extrauterina, resultado, sobre todo, de la inmadurez anatómica y fisiológica.

La mayoría de los prematuros son de alto riesgo y enfrentan varias desventajas fisiológicas, como inmadurez pulmonar, que puede conducir a apnea y bradicardia, inmadurez de los procesos metabólicos, estructuras cerebrales inmaduras, mayor susceptibilidad a infecciones entre otras.⁸

En este ámbito, es fundamental que los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería, tengan conocimiento de todo lo que involucra a un RNPM, para que estén preparados para recibir a estos pacientes. Este hecho puede favorecer la implementación de mejores estrategias para una atención integral y de calidad. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los RNPM en una UTIN.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo con abordaje cuantitativo, realizado en una UTIN de referencia en investigación y embarazo de alto riesgo en la ciudad de Fortaleza-CE, de enero a noviembre de 2017.

Se incluyeron en la muestra todos los RNPM ingresados en camas de alto riesgo y en oxigenoterapia. Para identificar los RN que cumplían con estos criterios, se llevó a cabo un levantamiento de los registros de los egresados de la UTIN, excluyendo a los RN a término. La muestra, compuesta por 70 RNPM, fue por conveniencia.

La recolección de datos se realizó mediante un formulario, que contenía las características demográficas y clínicas de las madres de los recién nacidos (edad, procedencia, estado civil, educación, ocupación, número de consultas prenatales, problemas durante el embarazo y parto) y las características básicas de los recién nacidos sobre las condiciones de nacimiento (sexo, tipo de parto, peso al nacer, puntaje de Apgar, edad gestacional, modalidad de oxigenoterapia administrada

al ingresar a la UTIN). El formulario fue completado con la información registrada en las historias clínicas del RN.

Los resultados se organizaron en tablas, con frecuencias absolutas y porcentuales. Se calcularon las medias y desviaciones estándar de las variables edad, paridad, número de visitas prenatales de las madres y puntaje de Apgar, edad gestacional al nacer y peso de los recién nacidos. Los datos se procesaron en el SPSS 20.0, número de licencia 10101131007.

El estudio fue enviado al Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó, siendo aprobado por el protocolo n.º 1.869.556, CAAE 62667516.7.0000.5050.

RESULTADOS

Los resultados presentaron el perfil sociodemográfico y clínico de las madres y sus respectivos RN.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de las madres durante el embarazo y nacimiento de los RN.

Tabla 1 - Distribución del número de madres según características sociodemográficas y clínicas cuyos recién nacidos fueron ingresados en la UTIN, Fortaleza, CE, ene/nov. 2017

Características	N	%	Media	DE
Edad			27,3	± 7,5
Hasta 19 años	7	10,1		
20-34 años	48	69,6		
35 o más	14	20,3		
No informado	1	1,4		

Procedencia				
Fortaleza	25	35,7		
Región metropolitana	45	64,3		
Estado civil				
Soltera	17	25,4		
Casada/ Unión estable	50	74,6		
No informado	3	4,3		
Educación				
Primaria	29	41,4		
Secundaria	34	48,6		
Superior Incompleto	3	4,3		
Superior Completo	4	5,7		
Ocupación				
Ama de Casa	25	36,8		
Agricultora	9	13,2		
Costurera	10	14,7		
Otros	24	35,3		
No informado	2	2,9		
Paridad				
Nulípara	5	7,1	1,6	± 1,1
Primípara	36	51,4		
Múltipara	29	41,5		
Nº de consultas prenatales				
0	1	1,5	4,3	± 1,8
1	5	7,4		
2	8	11,8		
3	7	10,3		
4	13	19,1		
5	15	22,1		
6	8	11,8		
Más de 6	11	16,2		
No informado	2	2,9		
Problemas durante la gestación				
EHEE o Preeclamsia	20	29,4		
ITU	13	19,1		
PEG	3	4,4		
TPP	4	5,9		
Placenta previa	1	1,5		
Vulvovaginitis	2	2,9		
Otros	41	60,3		
No informado	16	22,8		
Tipo de parto				
Cesárea	43	61,4		
Vaginal	27	38,6		

Fuente: historias clínicas de RNPM internados en camas en una UTIN de una institución pública ubicada en Fortaleza-CE, ene/nov. 2017.

En cuanto a las características maternas (Tabla 1), los resultados revelaron que predominó la edad entre 20-34 años (69,6%), con un promedio de $27,3 \pm 7,5$, la

mayoría de ellas provenía de la región metropolitana de Fortaleza (64,3%) y estaban casadas/en unión estable (74,6%). En cuanto a la educación, ocupación y paridad, la mayoría de las madres cursó la escuela secundaria (48,6%), era ama de casa (36,8%) y primípara (51,4%), con un promedio de $1,6 \pm 1,1$, respectivamente.

En cuanto a la atención prenatal, solo el 16,2% de las madres tuvo siete o más consultas (media de $4,3 \pm 1,8$). Los

principales problemas que se presentaron durante el embarazo fueron enfermedad hipertensiva específica del embarazo - EHEE o preeclampsia (29,4%) e infección del tracto urinario - ITU (19,1%). Se observó que la mayoría de las madres (61,4%) tuvieron a sus hijos por cesárea.

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los RN al nacer y al ingresar en la UTIN.

Tabla 2 - Distribución del número de recién nacidos ingresados en la UTIN según características sociodemográficas y clínicas, Fortaleza, CE, ene/nov. 2017

Características	N	%	Media	DE
Sexo				
Masculino	35	50,0		
Femenino	35	50,0		
Tipo de parto				
Cesárea	43	61,4		
Vaginal	27	38,6		
Apgar 1º min				
Hasta 6	41	60,3	5,4	$\pm 1,9$
7-10	27	39,7		
No informado	2	2,9		
Apgar 5º min				
Hasta 6	12	17,9	7,5	$\pm 1,5$
7-10	55	82,1		
No informado	3	4,3		
Edad gestacional al nacer (sem)				
Prematuro Extremo (≤ 30)	58	85,3	27,9	$\pm 2,4$
Prematuro Moderado (31 - 34)	9	13,2		
Prematuro Limítrofe (35 - 36)	1	1,5		
No informado	2	2,9		
Peso al nacer (g)				
Extremamente Bajo Peso (< 1000)	35	50,0	1070,4	$\pm 392,7$
Muy Bajo Peso (1000-1499)	27	38,6		
Bajo Peso (1500-2499)	8	11,4		
Modalidad de oxigenoterapia al ser admitido en la UTIN				
VM	55	78,6		
VNI	6	8,6		

Fuente: historias clínicas de RNPM internados en camas en una UTIN de una institución pública ubicada en Fortaleza-CE, ene/nov. 2017.

En cuanto al sexo de los RNPM, hubo igual distribución porcentual, la mayoría (61,4%) nació por cesárea, el Apgar que predominó en el 1er minuto (60,3%) fue de hasta 6 con una media de $5,4 \pm 1,9$ y en el minuto 5 de 7 a 10 (82,1%) con una media de $7,5 \pm 1,5$. En cuanto a la edad gestacional de los recién nacidos, el peso al nacer y la modalidad de oxigenoterapia utilizada cuando ingresaron en la UTIN, los resultados fueron que el mayor número de recién nacidos fue prematuro extremo (85,3%) con una media de $27,9 \pm 2,4$ semanas, extremadamente bajo peso (50%), con una media de $1070,4 \pm 392,7$ g y se encontraba en ventilación mecánica (VM) (78,6%), respectivamente (Tabla 2).

DISCUSIÓN

En este estudio, hubo un predominio de madres de 20 a 34 años, de la región metropolitana de Fortaleza, casadas/en unión estable, con educación secundaria y amas de casa, lo que coincide con un estudio realizado en una UTIN del Distrito Federal.⁹

De todas formas, los extremos de la edad materna son uno de los factores que influyen en el nacimiento de los RNPM¹⁰. El presente estudio concuerda con esta

afirmación, ya que la mayoría de las madres de RN pertenecían al grupo de edad adulta joven. Esto puede estar relacionado con una atención prenatal incompleta.

La regionalización es uno de los lineamientos del Sistema Único de Salud y orienta la descentralización de las acciones y servicios de salud, posibilitando así una mejor atención obstétrica, con el fin de atender las necesidades de las gestantes en un territorio determinado.¹¹ Por ende, se observa que los resultados de este estudio confirman dicha idea, ya que la mayoría de las madres hospitalizadas procedían de la región metropolitana de Fortaleza.

En cuanto al estado civil, la mayoría de las madres de los RNPM estaba casada/en unión estable. Este hecho se señala para que la paternidad sea incluida a lo largo del embarazo y del ciclo puerperal, en vista de los beneficios que trae la participación del hombre cuando es cariñoso, dado que aumenta la seguridad de la mujer y el vínculo familiar consistente, de lo contrario, una ruptura familiar puede conducir al parto prematuro.¹²

La educación materna se ha presentado como una variable independiente en estudios epidemiológicos sobre diferentes temas. Pero, una baja

educación materna se asocia con un mayor riesgo de mortalidad materna y neonatal.¹³

La relación entre ocupación y parto prematuro entre las madres estudiadas reveló que la mayoría realizaba alguna actividad. Los trabajos de ama de casa, que se observó en la mayoría de las mujeres, de costurera y de agricultora, se consideran trabajos que requieren esfuerzo físico, en los cuales la gestante permanece por largos períodos en posición ortostática o sentada. Estas características se han relacionado con la prevalencia de partos prematuros.¹⁴

En cuanto a las características clínicas de las madres, la mayoría eran primíparas y realizaron entre cuatro y cinco consultas prenatales. Los problemas más frecuentes durante el embarazo en esta población fueron preeclampsia, seguida de infección del tracto urinario. El tipo de parto más frecuente fue la cesárea.

Un estudio de caso control realizado con 111 puérperas de una institución pública de Bahía identificó los factores maternos más asociados al nacimiento de RN prematuros y con bajo peso. La mayoría de las puérperas tuvo menos de seis consultas prenatales, preeclampsia e infección del tracto urinario como principales complicaciones en el período gestacional, la mayoría era multípara y optó por el parto vaginal. Los resultados demostraron que las mujeres expuestas a un cuidado prenatal inadecuado

tenían más probabilidades de tener RN con bajo peso y parto prematuro.¹⁵ Dicha investigación coincide con el presente estudio sobre el número inadecuado de consultas prenatales y los problemas presentados durante el embarazo, pero las madres de este estudio eran primíparas.

En cuanto a las características de los RNPM ingresados en la UTIN, los resultados mostraron uniformidad en cuanto al género y la mayoría nació por cesárea. Este parto, en embarazos de alto riesgo, ha sido considerado un procedimiento importante para la reducción de problemas perinatales, aumentando la supervivencia de los RN, por ejemplo, en casos de sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto vaginal, presentación pélvica, preeclampsia, entre otros.¹⁶

Inmediatamente después del nacimiento, ocurren cambios fisiológicos profundos en el RN, ya que necesitan adaptarse a la vida extrauterina, necesitando evaluación, y el puntaje de Apgar se usa para medir su vitalidad. En este estudio, una gran parte de los RN presentaron un Apgar bajo en el primer minuto, sin embargo, en el quinto minuto hubo una mejoría en la vitalidad de los RN y la mayoría tuvo un Apgar de 7-10. Esta importante mejoría en los RN, al comparar el primer minuto con el quinto, está relacionada con un buen comportamiento de los profesionales de la salud en la sala de parto, tanto en la atención

a la mujer como al recién nacido. Cabe destacar que la principal recomendación para reducir la mortalidad materna y neonatal es la atención de los mismos por personal cualificado.¹⁷

Una investigación retrospectiva descriptiva realizada en un hospital del interior de Ceará tuvo como objetivo evaluar la vitalidad de los RN a través del puntaje de Apgar, en relación con las características materno-obstétricas. La relación entre el tipo de parto y la vitalidad del recién nacido, evaluada con el puntaje de Apgar, no obtuvo resultados con diferencias significativas, ya que los RN obtuvieron un resultado satisfactorio para los dos tipos de parto, cesárea y vaginal. Se corroboró que la vitalidad del RN está directamente relacionada con factores como la edad gestacional, la edad materna y las consultas prenatales.¹⁸ Esta investigación confirma los datos del presente estudio, ya que todos los RN eran prematuros y el número de consultas prenatales era insuficiente.

Con respecto a la edad gestacional, los RNPM se pueden subclasificar en: prematuro limítrofe (35 a 36 semanas de EG), prematuro moderado (31 a 34 semanas de EG) y prematuro extremo ($EG \leq 30$ semanas). En cuanto al peso, se debe considerar que los recién nacidos tienen bajo peso al nacer (menos de 2.500 g), muy bajo peso (menos de 1.500 g) y

extremadamente bajo peso (menos de 1.000 g).¹⁹

En cuanto a la edad gestacional y el peso al nacer, lo que predominó en este estudio fueron los prematuros extremos, seguidos de los prematuros moderados y limítrofes; extremadamente bajo peso, seguido de muy bajo peso y bajo peso. La modalidad de oxigenoterapia más común en ambos grupos fue la VM.

Un estudio retrospectivo y documental de un sector Canguro que admitió a RNPM de la UTIN de un hospital de referencia en Fortaleza-CE investigó el perfil de estos pacientes. Se verificó que la mayoría nació por cesárea (76,6%), con $Apgar \geq 7$ (63,3%) en el primer minuto y $Apgar \geq 7$ (96,6 %) en el quinto minuto. En cuanto a la edad gestacional, la mayoría de ellos (56,6%) fueron prematuros extremos, seguidos por un 36,6% de prematuros moderados y un 6,6% de limítrofes. En cuanto al peso, el 56,6% era de peso extremadamente bajo, el 40% de muy bajo peso y el 3,3% de bajo peso, el 100% tenían síndrome de dificultad respiratoria como diagnóstico de ingreso a la UTIN, y de estos, el 53,3% utilizaba VM, el 83,3% Cpap Nasal y el 90,0% OxiHood.²⁰

Estos resultados coinciden con los del presente estudio, ya que la mayoría de los partos fue por cesárea, la mayoría de los recién nacidos era extremadamente

prematureo, con un peso extremadamente bajo y estaba usando VM. Sin embargo, el estudio en cuestión no coincidió con la investigación antes mencionada solo en lo que respecta al puntaje de Apgar en el primer minuto. Esto puede estar asociado a una mayor hipoxia que sufren los pacientes al nacer en estudio en cuestión. Además, la mayoría de los RN era extremadamente prematureo y con un peso al nacer extremadamente bajo.

CONCLUSIÓN

Este estudio verificó las principales características sociodemográficas y clínicas de las madres identificadas, en su mayoría eran madres adultas jóvenes, provenientes de la región metropolitana de Fortaleza, con educación secundaria, amas de casa, casadas/en unión estable y primíparas. Por lo tanto, se pudo observar que, a pesar de que estas madres tenían características favorables para el desarrollo de un concepto, salvo el bajo nivel de educación, sus hijos requirieron una atención más especializada.

También se observó que el promedio de visitas prenatales de las madres era inadecuado y que la mayoría de ellas enfrentaba problemas durante el embarazo, como EHEE e ITU. Además, predominó el parto por cesárea. Eso demuestra que existe una gran demanda de estas mujeres desde la región metropolitana

hacia la capital, lo que podría evitarse si se detectaran algunos problemas durante el embarazo temprano en el período prenatal.

En cuanto al perfil de los RNPM ingresados en la UTIN, el presente estudio reveló que, en términos de género, había igual proporción de RN de sexo femenino y masculino. Respecto al puntaje de Apgar, los RN lograron una mejoría significativa entre el primero y quinto minuto, siendo el mayor número de pacientes extremadamente prematureos, con peso extremadamente bajo y sometidos a VM.

Cabe destacar que, al evaluar los resultados de este estudio, se observó que algunos datos maternos de los RN analizados pueden haber contribuido al empeoramiento de su salud, ya que la mayoría de sus madres no recibieron una atención prenatal adecuada.

Además, es notorio el alto porcentaje de prematurez extrema y el peso extremadamente bajo al nacer observados, así como también otras comorbilidades que contribuyeron al ingreso en la UTIN, las cuales podrían haberse evitado o tratado precozmente con la ayuda de adecuadas intervenciones prenatales y perinatales de menor costo y complejidad. Por otro lado, debido a la edad gestacional y al peso, un número significativo de pacientes utilizaba VM.

Por lo tanto, dadas las características de los RN hospitalizados, se

debe apuntar a una mejor atención prenatal, brindar recursos y capacitar a los profesionales, con el fin de mejorar la asistencia sanitaria en la UTIN y también en el período prenatal.

Se considera una limitación de este estudio que se haya llevado a cabo en una única UTIN, por lo que se sugiere una mayor cobertura en futuros estudios en este tipo.

REFERENCIAS

- Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [citado em 8 out 2020]; 50(3):382-89. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0382.pdf
- World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [citado em 31 maio 2020]. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf
- Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019 [citado em 08 dez 2020]; 7(1):e37-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30389451/>
- World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado em 31 maio 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Tamez R. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Gravidez e parto de alto risco. cap. 2, p. 14-16.
- Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, Oliveira VC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017; 26(1):91-98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00091.pdf>
- Sadovsky ADI, Matijasevich A, Santos IS, Barros FC, Miranda AE, Silveira MF. Iniquidades socioeconômicas em nascimentos prematuros em quatro estudos brasileiros de coortes de nascimento. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2018; 94(1):15-22. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v94n1/pt_0021-7557-jped-94-01-0015.pdf
- Rosenberg AA, Grover T. O recém-nascido. In: Hay Jr. WW, Deterding RR, Levin MJ, Abzug MJ. *Current: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: AMGH; 2016. cap. 2, p. 9-74.
- Ferraresi MF, Arrais AR. Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. *Rev Rene*. 2016; 17(6):733-40. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6453/4702>
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 31 maio 2020]. (Cadernos de Atenção Básica; n.32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Gryschek ALFPL, Nichiata LYI, Fracollí LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari. *Saúde Soc*. 2014; 23(2):689-700. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0689.pdf>
12. Petito ADC, Cândido ACF, Ribeiro LO, Petito G. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres* [Internet]. 2015 [citado em 31 maio 2020]; 4(1): 1-14. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/3367>
13. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1965-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>
14. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental*. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
15. Carvalho SS, Coelho JMF, Bacelar DÂ, Mariola E. Fatores maternos para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso e prematuros: estudo caso-controle. *Ciênc Saúde (Porto Alegre)*. 2016; 9(2):76-82. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/21947-Texto%20do%20artigo-102769-2-10-20160916%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/21947-Texto%20do%20artigo-102769-2-10-20160916%20(1).pdf)
16. Silva CF, Leite ÁJM, Almeida NMGS, Leon ACMP, Olofin I, Castro ECM et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de alto risco no nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 31 maio 2020]; 30(2):355-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0355.pdf>
17. Esser MAMS, Mamede FV, Mamede MV. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet]. 2012 [citado em 31 maio 2020]; 14(1):133-41. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11032/15565>
18. Muniz EB, Vasconcelos BB, Pereira NA, Frota RG, Moraes CEB, Oliveira MAS. Análise do boletim de Apgar em dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrados em um hospital do interior do estado do Ceará, Brasil. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília* [Internet]. 2016 [citado em 31 maio 2020]; 5(2):182-91. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6677/4563>
19. Leone CR, Ramos JL, Vaz FA. O recém nascido pré-termo. In: Marcondes E, Vaz FA, Ramos JL, Okay Y. *Pediatria básica*. 9th ed. São Paulo: Savier; 2002. p. 348-352. Cap 8
20. Souza KCL, Carvalho ACF, Evangelista NMC, Nascimento MM, Braide ASG, Silveira MGAO. Profile of newborns discharged from the intensive neonatal care unit submitted to the kangaroo ward. *J Contemp Pediatr*. 2017; 4(3):685-90. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/634-3252-1-PB.pdf>

RECEBIDO: 13/06/2020
APROVADO: 02/11/2020
PUBLICADO: 06/2021