

Introducción

Muchas son las secuelas y complicaciones decurrentes del período neonatal, pero se puede decir que el pos-natal es una fase crítica, con grandes cambios tanto psicofisiológicas como sociales, económicas y familiares. Un cuidado inapropiado en esta época puede llevar a varias enfermedades y a la muerte. Aún así, es un momento de cierta forma de negligencia en lo que dice respecto al cuidado especializado en salud, que es menor en el período pos-natal de que antes y durante el nacimiento⁽¹⁾.

En ese panorama, se destacan los recién-nacidos de riesgo (RNR), detentores de las mayores tasas de morbimortalidad y de los mayores riesgos de desarrollo de secuelas incapacitantes durante la vida⁽²⁾. Estudios internacionales, en su mayoría, refieren que los RNRs acompañados son y/o deberían ser, básicamente, los prematuros y de bajo peso⁽³⁻⁴⁾. Otros estudios acaban por agregar más criterios de riesgo como necesidad de acompañamiento, tales como: pequeños para edad gestacional (PIG), recién-nacidos (RN) con malformaciones, encefalopatía neonatal, quirúrgicos, que tuvieron infecciones de sistema nervioso central o hiperbilirrubinemia, que fallaron en la clasificación auditiva, que poseen anomalías neuro-comportamentales verificadas en el período neonatal y RN a término que necesitó de más de 24 horas de ventilación mecánica⁽⁵⁾.

Independientemente de los criterios utilizados para clasificar RN como de riesgo o no, las investigaciones convergen para un consenso de que esa población debe ser acompañada de forma diferenciada, sistemática y frecuente. Son sugeridos y expuestos como imprescindibles programas estructurados y especializados de seguimiento de los RNRs (especialmente el prematuro), de manera de garantizar la continuidad de la asistencia, promover la salud, capacitar padres y familias, prevenir e identificar precozmente complicaciones y enfermedades y reducir morbimortalidad y secuelas motoras, comportamentales y de neuro-desarrollo^(1-2,4-9).

Pero para que este acompañamiento de los RNRs sea realmente efectivo, se preconiza que sea realizado por un equipo multi-profesional y especializado. Este debería ser compuesto principalmente por neonatólogos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, oftalmólogos, neurólogos, psicólogos y cardiólogos⁽⁴⁻⁵⁾.

El papel de cada uno de estos profesionales en el seguimiento del RNR es evidente cuando se observan las características inherentes de sus profesiones y especialidades. Pero ésta no es una realidad cuanto al papel del enfermero que actúa en Brasil en Ambulatorios de Seguimiento, así como también no está claro

en cuanto al perfil de los RNRs atendidos por esta categoría profesional. La literatura afirma, inclusive, que son escasas las producciones científicas nacionales sobre el acompañamiento ambulatorio de esos bebés por el enfermero, principalmente y esencialmente el prematuro⁽¹⁰⁾.

De esa forma, para esclarecer las cuestiones citadas anteriormente, este estudio fue realizado con el objetivo de analizar el perfil de cohorte de los recién-nacidos de riesgo que fueron atendidos por enfermeros en un Ambulatorio de Seguimiento Multidisciplinario, con destaque al tipo de alimentación y al aumento de peso, después del alta hospitalaria.

Se entiende que el conocimiento de ese perfil de atendimento por enfermeros en el único local del Distrito Federal (DF) que abarca esta categoría profesional en su equipo de seguimiento hace posible la abertura de nuevos caminos para la Enfermería en otros servicios locales y nacionales, posibilitando, por medio de la interdisciplinariedad, asegurar aspectos fundamentales de la integralidad de la asistencia a esos recién-nacidos tan vulnerables.

Método

Se trata de un estudio del tipo cohorte retrospectivo, siendo que la población fue compuesta por RNRs presentes en el registro del Ambulatorio y atendidos por los enfermeros en un hospital de referencia de Brasilia, DF. La recolección de datos fue realizada entre los meses de agosto a diciembre de 2016 y fue referente a los atendimientos realizados entre 2013 y 2016.

El enfermero atiende en el Ambulatorio de Seguimiento con las residentes de enfermería desde 2010, una tarde por semana. En ese período son atendidos todos los RNRs que están en el ambulatorio por la primera vez (enseguida del alta hospitalaria) y, en las consultas subsecuentes, en esquema de rotación con la consulta médica. Los bebés retornan con médico o enfermero hasta el alta para acompañamiento solo al puesto de salud o para otro día de la semana (seguimiento duradero). Caso haya alguna complicación con el RN, como bajo aumento de peso, ictericia, amamantamiento inadecuado, riesgo social o psicológico de la madre, o si el prematuro aún no alcanzó 3 kilos de peso actual y edad gestacional pos-concepcional de 40 semanas, es marcado un retorno para este bebé. Eso puede variar de 2 días a 3 semanas (o más), de acuerdo con las necesidades del bebé y de la familia. Es realizada consulta de enfermería y, si fuera imperativo, los pacientes pueden ser atendidos por médico, enfermero, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo en el mismo día.

En el seguimiento duradero, las consultas son realizadas apenas por el médico y ocurren con menor

frecuencia (preferencialmente en los marcos de desarrollo). Son encaminados para este seguimiento RNs que nacieron con menos de 1.500g, menos que 32 semanas de edad gestacional, que tuvieron Apgar menor que 7 en el 5° minuto, que poseen anomalías cerebrales decurrentes de eventos en el período neonatal (leucomalacia peri ventricular, hemorragia interventricular, convulsiones etc.), que tuvieron hipoglicemia grave y que son hijos de madres con menos de 18 años. Este acompañamiento puede ocurrir hasta que los niños completen 12 años de edad.

Para el análisis de los datos, fueron construidos un diccionario y un banco de datos en Microsoft Excel® con las variables del estudio. Las variables de resultado fueron: número de la consulta realizada por el enfermero (mayor número de atendimientos, mayor necesidad de éstos); tipo de alimentación en el día del atendimento (amamantamiento materno exclusivo – AME - o mixto, uso apenas de fórmula, dieta sólida); aumento diario de peso; principales orientaciones y conductas realizadas por los enfermeros. Ya las variables de exposición/independientes fueron: edad gestacional de nacimiento (IG); peso de nacimiento; peso en el día del atendimento o peso actual; procedencia (residentes en DF, en los alrededores del DF o fuera del DF); número de días hasta el retorno, tiempo de internación; destino del paciente (alta para el puesto de salud, seguimiento duradero o retorno marcado para el mismo ambulatorio); diagnósticos médicos de la internación.

En seguida, los datos fueron exportados para el programa estadístico R, versión 3.3, para realización de análisis de las variables descritas. Los datos fueron estratificados de acuerdo con el número de la consulta del paciente con el enfermero (1ª consulta, 2ª, 3ª etc.).

Para las variables cuantitativas, como edad gestacional, peso de nacimiento, peso actual, aumento de peso, tiempo de internación y días para retorno, se utilizó la estadística descriptiva (media y desvío-estándar), y para las variables cualitativas (o categóricas) como sexo, tipo de alimentación el día del atendimento, destino, procedencia, diagnóstico y tipo de orientaciones de la enfermera, se hizo la distribución de las frecuencias.

Posteriormente, fue verificado el grupo entre todos los atendimientos en el cual el aumento de peso diario fue inferior a 20 gramas, ya que estos bebés, de acuerdo con protocolo del propio Ambulatorio, son los considerados con mayor riesgo y con problemas de crecimiento. La normalidad de las variables neonatales fue testada por medio del Test de Shapiro-Wilk. Para las variables como edad gestacional, peso de nacimiento, peso actual, tiempo de internación y días hasta el retorno, fue realizado el Test de Mann-Whitney. Para

las variables sexo, tipo de alimentación y destino del paciente, fue realizado el Test del Chi-Cuadrado.

Para testar la relación del aumento de peso con las variables edad gestacional, peso al nacimiento y tiempo de internación, fue realizado también el Test de Correlación de Spearman. La diferencia entre las medias del aumento de peso y el número de la consulta/ tipos de alimentación en la fecha del atendimento fue investigada por el Análisis de Varianza (ANOVA), y el Test Tukey fue utilizado para verificar lo que proporcionó la diferencia.

Esta investigación fue aceptada por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación de Enseñanza e Investigación de Ciencias de la Salud del Distrito Federal bajo el Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) nº 55511116.6.0000.0030. Por tratarse de un estudio sin intervención directa en la población estudiada, fue concedida la liberación del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Resultados

En el período de recolección de datos, se realizaron 886 atendimientos por enfermeros con 633 bebés y familias. Cuatro bebés fueron excluidos de esta investigación por no haber sido encontrados sus archivos (02 de 2013, 01 de 2014 y 01 de 2016). Así, fueron analizadas 882 consultas realizadas con 629 pacientes (2013=140 atendimientos y 104 pacientes; 2014=270 atendimientos y 198 pacientes; 2015=215 atendimientos y 150 pacientes; 2016=257 atendimientos y 177 pacientes). Se destaca que, en el año de 2013, hubo menos consultas por los enfermeros por falta de disponibilidad de profesionales.

Sigue abajo la Tabla 1 con el perfil sociodemográfico y de nacimiento de los bebés atendidos por enfermeros, de acuerdo con el número de sus consultas realizadas con estos.

Por la Tabla 1, se puede ver que el AME es el tipo de alimentación predominante en casi todas las consultas (aumentando en frecuencia), que la mayor parte de los bebés (82,8%) necesita volver para un nuevo atendimento y que hay una disminución de la IG y del peso de nacimiento y aumento del tiempo de internación, aumento de peso y peso actual a medida que las consultas van pasando.

Se agrega a los datos de la Tabla 1 que los valores máximo y mínimo encontrados, respectivamente, en relación a la edad gestacional fueron de 172 días (24 semanas y 5 días) y de 289 días (41 semanas y 02 días), 570g y 4.100g para el peso de nacimiento, 1.810g y 7.115g para el peso en la fecha del atendimento, -80g/día y 170g/día para el aumento de peso diario, 02 y 315 días para el tiempo de internación, 02 y 90 días para el número de días hasta el próximo retorno.

Tabla 1 - Perfil de los recién-nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en el Ambulatorio de Seguimiento, de acuerdo con el número de la consulta a que fueron sometidos. Brasilia, DF, Brasil, 2013-2016

Variables	1ª consulta n=629 n(%)	2ª consulta n=206 n(%)	3ª consulta n=38 n(%)	4ª consulta n=7 n(%)	5ª consulta n=2 n(%)					
Sexo										
Femenino	305 (48,5)	95 (46,1)	21 (55,3)	3 (42,9)	0 (0)					
Masculino	324 (51,5)	111 (53,9)	17 (44,7)	4 (57,1)	2 (100)					
Tipo de alimentación										
AME*	348 (55,3)	117 (56,8)	13 (34,2)	4 (57,14)	0					
Amamantamiento mixto	198 (31,5)	68 (33,0)	20 (52,6)	3 (42,86)	2 (100)					
Fórmula	78 (12,4)	19 (9,2)	5 (13,2)	0	0					
Dieta sólida	5 (0,8)	2 (1)	0	0	0					
Destino										
Alta puesto de salud	69 (11,0)	43 (20,9)	8 (21,1)	1 (14,3)	0					
Seguimiento duradero	39 (6,2)	36 (17,5)	10 (26,3)	4 (57,1)	0					
Retorno marcado	521 (82,8)	127 (61,6)	20 (52,6)	2 (28,6)	2 (100)					
Procedencia										
DF†	390 (62,0)	132 (64,1)	18 (47,4)	4 (57,1)	0					
Entorno DF†	193 (30,7)	70 (34,0)	19 (50)	3 (42,9)	2 (100)					
Residentes fuera de DF†	46 (7,3)	4 (1,9)	1 (2,6)	0	0					
	\bar{x}^{\ddagger}	DP [§]	\bar{x}^{\ddagger}	DP [§]	\bar{x}^{\ddagger}	DP [§]	\bar{x}^{\ddagger}	DP [§]	\bar{x}^{\ddagger}	DP [§]
Edad Gestacional (días)	236	24,8	233	27,3	231	23,1	214	22,8	215/	12,7
Peso de Nacimiento (gramos)	1886	647	1790	588	1678	530	1291	593	1150	523
Peso actual (gramos)	2860	747	3251	778	3519	668	3591	635	3872	711
Aumento diario de Peso (gramos/día)	29,4	16,1	36,0	14,7	35,7	25	32,6	14,7	31,5	23,3
Tiempo de Internación	35,2	33,4	35,6	34,6	41	53,8	55,4	38,4	64	33,9
Días hasta retorno	12,2	5,8	13,9	6,4	16,3	9,1	14	0	52	53,7

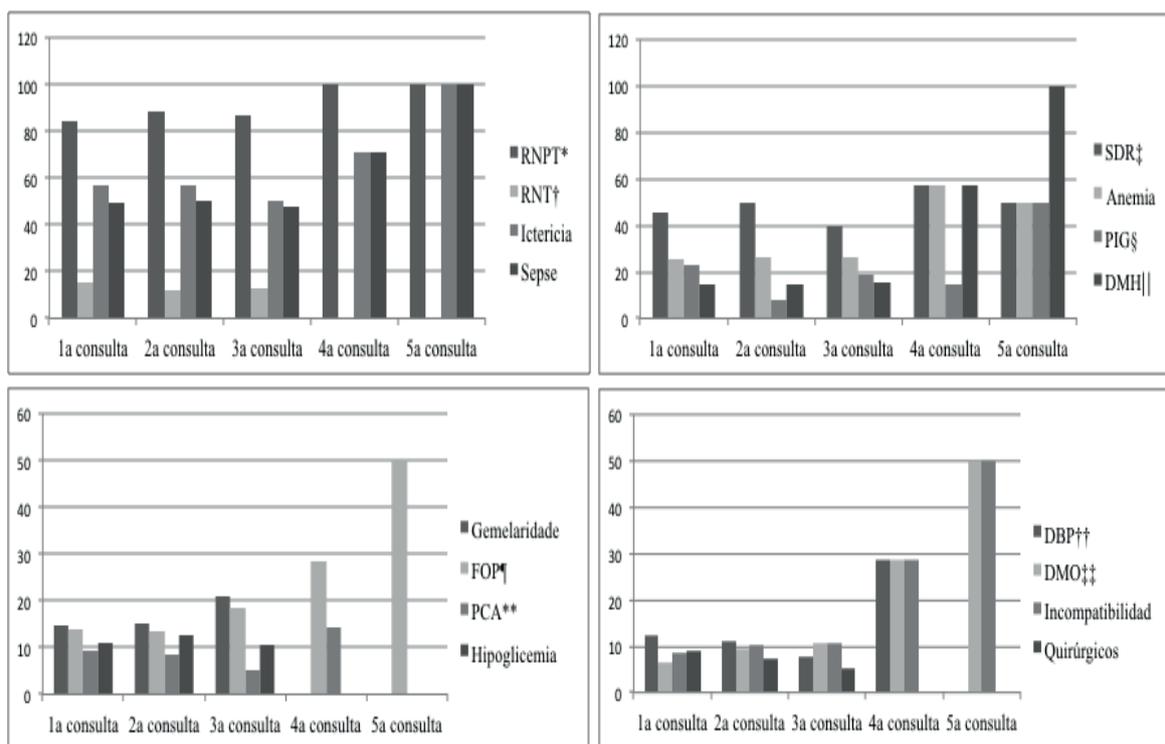
*AME - amamantamiento materno exclusivo; †DF - Distrito Federal; \bar{x} - media, §DP - desvío-estándar

De los 629 bebés atendidos por los enfermeros, se percibe que 02 bebés volvieron 05 veces y estaban marcados para aún otro retorno (Tabla 1), el equivalente a, lo mínimo, 10 consultas durante este acompañamiento inicial en el Ambulatorio de Seguimiento.

También de acuerdo con el número de la consulta/atendimiento con los enfermeros, se verificó cuáles eran los diagnósticos médicos más comunes desde la internación de los lactantes, los que están presentados abajo en la Figura 1.

Todos los diagnósticos presentados en la Figura 1 tenían una mayor frecuencia de que 7,6% (n=67) del total de 882 atendimientos. Fueron encontrados

además otros diagnósticos que no fueron incluidos en la Figura 1 que presentaron frecuencias de 2 a 6%, siendo algunos de estos, en orden decreciente: apnea, taquipnea transitoria del RN (TTRN), fungemia, enterorragia, desnutrición, asfisia neonatal, síndrome genética, hemorragia interventricular (HIV), convulsión, enterocolitis (ECN), conjuntivitis, alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV), enfermedad de reflujo gastroesofágico (DRGE), neumonía, retinopatía de la prematuridad, hemorragia pulmonar e hipertensión pulmonar. Otros 94 diagnósticos fueron identificados con menor frecuencia.



*RNPT - recién-nacido pre-término; †RNT - recién-nacido a término; ‡SDR - síndrome de malestar respiratorio; §PIG - pequeño para la edad gestacional; ||DMH - enfermedad de la membrana hialina; ¶FOP - foramen oval permeable; **PCA - conducto arterial persistente; ††DBP - displasia broncopulmonar; ‡‡DMO - enfermedad metabólica ósea

Figura 1- Diagnósticos médicos de internación que prevalecieron en los recién-nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en el Ambulatorio de Seguimiento, de acuerdo con el número de la consulta a que fueron sometidos. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

Se verifica además por la Figura 1 que estuvieron presentes con mayor frecuencia en las 4ª y 5ª consultas, respectivamente, los siguientes diagnósticos médicos: Recién-nacidos pre-término (RNPT) (100%), ictericia (71 y 100%), sepsis (71 y 100%), enfermedad de la membrana hialina (DMH) (57 y 100%), síndrome del malestar respiratorio (SDR) (57 y 50%), anemia (57 y 50%), PIG (14 y 50%), foramen oval persistente (FOP) (29 y 50%), incompatibilidad sanguínea Rh o ABO (29 y 50%), enfermedad metabólica ósea (DMO) (29 y 50%), apnea (14 y 50%), desnutrición (14 y 50%), hernia inguinal (14 y 50%) y displasia broncopulmonar (DBP) (29 y 0%).

Según estratificación por consulta con la enfermería, adicionalmente, fueron enumeradas las principales orientaciones/intervenciones realizadas, las cuales se encuentran en la Figura 2.

Todas las orientaciones citadas en la Figura 2 presentaron más de 7% (n=62) de frecuencia, durante las consultas realizadas y entre los 76 tipos de orientaciones e intervenciones listadas. Se mostró, también, que en la 1ª consulta ocurrieron más de 5.000 orientaciones, que representa un promedio de 8 orientaciones por consulta. A medida que van ocurriendo nuevas consultas, este promedio va disminuyendo para 5, 4 y 2 en la 2ª, 3ª y 4ª consultas, y aumentando para

7 orientaciones promedio en la 5ª consulta (datos no incluidos en la figura).

En las últimas dos consultas, también hubo orientaciones/intervenciones más comunes, tales como (Figura 2): estímulo al amamantamiento materno, preparación de leche artificial, entrada o aumento de leche artificial, medidas anti cólico y para mejoría y seguridad del sueño, administración de suero nasal, estímulo al desarrollo, ajuste de medicaciones y encaminamiento para médico en el mismo día.

Para estratificación de acuerdo con el aumento de peso entre las consultas, fue realizado Shapiro-Wilk para las variables peso de nacimiento, edad gestacional, aumento de peso y tiempo de internación. Por el *p*-valor encontrado, se puede concluir que la población estudiada no sigue una distribución normal.

En la Tabla 2, fueron descritas las variables que demuestran la diferencia de perfil entre los bebés que obtuvieron aumento de peso menor y mayor que 20g/día.

Según la Tabla 2, se percibe que el Test de Correlación de Spearman señaló que existe una correlación significativa entre el aumento de peso y las variables IG, peso de nacimiento y tiempo de internación, con los siguientes valores adicionales de correlación y *p*-valores, respectivamente: 0,110/0,001, 0,127/0,000 y -0,144/0,000.

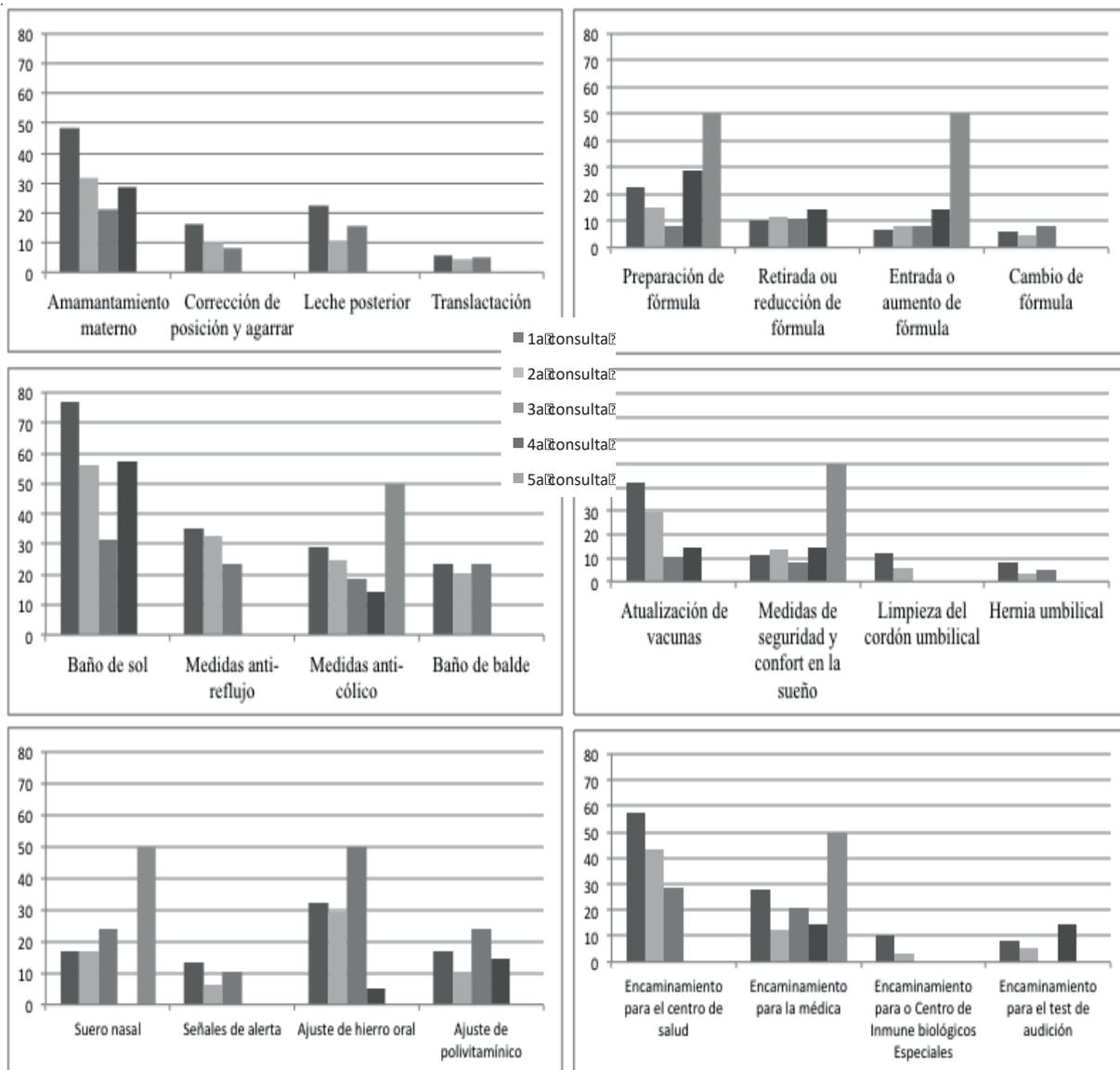


Figura 2 - Orientaciones y conductas más prevalentes en los recién-nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en el Ambulatorio de Seguimiento, de acuerdo con el número de la consulta a que fueron sometidos. Brasília, DF, Brasil, 2013-2016

Con la aplicación del Test Chi-Cuadrado entre el bajo aumento de peso y las variables mostradas en la Tabla 2 relacionadas al destino del paciente, se puede concluir que existe asociación significativa entre el alta del Ambulatorio y si el bebé deberá retornar, o sea, el hecho del bebé haber tenido una baja en el aumento de peso está influenciando si recibirá alta del Ambulatorio o si tendrá retorno marcado.

Cuando el Test Mann-Whitney fue aplicado, se verificó una diferencia significativa de las variables peso actual, número de días hasta el retorno y tiempo de internación con el hecho del bebé ser clasificado como con bajo aumento de peso o no (Tabla 2). Por este mismo test, hubo la posibilidad de verificar que valores de aumento de peso menor o igual a 20g/día poseen relación significativa con los siguientes diagnósticos médicos: hipoglicemia ($p=0,040$), DBP

($p=0,026$), apnea da prematuridad ($p=0,012$), dilatación ventricular/bi-ventricular ($p=0,000$), DMO ($p=0,004$), neumotórax ($p=0,001$), hemorragia pulmonar ($p=0,006$), hipertensión pulmonar ($p=0,003$), atelectasia ($p=0,002$), cardiopatías congénitas ($p=0,043$), síndromes genéticas ($p=0,044$), anemia ($p=0,045$) y eventración diafragmática ($p=0,001$) (datos no incluidos en la tabla).

El Análisis de Varianza (ANOVA) fue utilizada para verificar si existe diferencia entre el aumento de peso y los grupos de alimentación (AME, amamantamiento mixto, amamantamiento artificial y alimentación sólida) procedencia (ciudades-satélites del DF, ciudades de Goiás y Minas Gerais). Por el p -valor, fue encontrada una diferencia significativa de aumento de peso según el tipo de alimentación ($p=0,012$), pero no para procedencia ($p=0,616$) (Tabla 2).

Para verificar cual tipo de alimentación proporcionó esta diferencia, fue aplicado el Test de Tukey entre cada uno de los tipos entre sí (amamantamiento mixto-AME: $p=0,568$; amamantamiento artificial-AME: $p=0,34$; dieta sólida-SME: $p=0,119$; amamantamiento mixto-amamantamiento artificial: $p=0,075$; amamantamiento mixto-dieta sólida: $p=0,068$; dieta sólida-amamantamiento artificial: $p=0,328$). Como el p -valor fue mayor que 0,05 en todas las comparaciones posibles realizadas, se concluyó que no hubo influencia del tipo de alimentación, en el aumento de peso de los bebés.

Al comparar el aumento de peso entre las consultas también con la ANOVA, se percibió que existe diferencia significativa de este en, por lo menos, una de las 5

consultas ($p=0,000$). Fue, entonces, realizado el Test de Tukey, el cual comparó las consultas dos a dos, encontrando diferencia significativa de aumento de peso apenas entre la 1ª y la 2ª consulta ($p=0,000$; diferencia 6,58; intervalo de confianza 3,01-10,16) (datos no incluidos en la tabla).

Cabe agregar a esos datos que las orientaciones/intervenciones que poseían diferencia estadística y fueron más frecuentes en los bebés con bajo aumento de peso fueron: estímulo al amamantamiento materno ($p=0,025$), corrección de posición y agarrar ($p=0,000$), leche posterior ($p=0,000$), trans lactación ($p=0,000$), preparación de fórmula ($p=0,004$), entrada o aumento de fórmula ($p=0,000$), encaminamiento para fisioterapia ($p=0,032$) y fonoaudiología ($p=0,007$).

Tabla 2 - Perfil de los recién-nacidos de riesgo atendidos por enfermeros en el Ambulatorio de Seguimiento, de acuerdo con el grado de aumento de peso y la significancia de las pruebas estadísticas realizadas. Brasilia, DF, Brasil, 2013-2016

Variables	Aumento de peso < 20g/día n=190		Aumento de peso > 20g/día n=692		p*	
	\bar{x}^\dagger	DP‡	\bar{x}^\dagger	DP‡		
Edad gestacional (días)	232,2	27,5	235,6	24,3	0,001§	
Peso de nacimiento (gramos)	1785,8	689,6	1866,1	615,8	0,000§	
Peso actual (gramos)	2769,9	816,6	3048,2	757,3	0,000	
Tiempo de internación (días)	44,4	42,5	33,4	32,1	0,000§ 0,003	
Días hasta el retorno	9,1	7,5	14,0	6,0	0,000	
	f¶	%	f¶	%	p*	
Sexo	Femenino	96	50,5	328	47,4	0,002
	Masculino	94	49,5	364	52,6	
Tipo de alimentación	- AME**	102	53,7	380	54,9	0,060†† 0,012‡‡
	- Amamantamiento mixto	57	30,0	234	33,8	
	- Fórmula	27	14,2	75	10,8	
	- Dieta sólida	4	2,1	3	0,5	
Destino	- Alta para puesto	8	4,2	113	16,3	0,000††
	- Seguimiento duradero	9	4,7	80	11,6	
	- Retorno marcado	173	91,1	499	72,1	0,000††

* $p < \alpha=0,05$; † \bar{x} - media; ‡DP - desvío-estándar; §Resultados del Test de Correlación de Spearman; ||Resultados del Test Mann-Whitney; ¶f - frecuencia; **AME - amamantamiento materno exclusivo; ††Resultados del Test Chi-Cuadrado; ‡‡Resultados del Análisis de la Varianza (ANOVA), pero este resultado no fue confirmado por el Test de Tukey

Discusión

Este trabajo fue el único nacional que trazó y analizó el perfil de los RNRs atendidos por enfermeros en un Ambulatorio de Seguimiento de DF, presentando el mayor número de participantes y atendimientos

realizados por esta categoría profesional. Fue también demostrada que la importancia del atendimento del enfermero no se encuentra solo en la evolución cuantitativa de los atendimientos, sino también en cuánto estos son capaces de mejorar el AME y el crecimiento de los pacientes. Se verificaron, además,

factores que influenciaron en el aumento de peso de los RNRs y cuáles fueron las principales orientaciones/intervenciones realizadas con los que aumentaron poco peso.

En otros trabajos, los enfermeros también tuvieron papeles cruciales en el seguimiento de RNR, desde la planificación y operación de este, educación, orientación y entrenamiento de los padres⁽¹¹⁻¹⁵⁾, encaminamientos para otras especialidades^(5,12), visita domiciliaria^(11-12,15-17) y disponibilidad por teléfono para aclarar dudas^(11-12,16) hasta soporte a la familia, evaluación/manutención de la salud y bienestar de los bebés^(11,15-16,18-19) y apoyo al AME⁽¹²⁻¹³⁾. Los resultados también ayudaron en la mejor calidad de asistencia, aumentando la confianza de los padres⁽¹⁸⁾, reduciendo el tiempo de internación^(11,16), mejorando el aumento de peso^(13,17), la tasa de inmunizaciones y la satisfacción materna, reduciendo costos y re-internaciones^(9,16).

Considerando lo descrito en la Tabla 1, se puede ver que el sexo del RN atendido se encontró relativamente equilibrado. Apenas en las últimas consultas, el sexo masculino fue predominante, pero en relación al aumento de peso, donde se encontró significancia estadística fue en el femenino. Estudios que enumeran el perfil de los atendidos igualmente varían en cuanto a la predominancia de sexo masculino⁽¹⁷⁾ o femenino^(10,20-21) y otros trabajos referentes al crecimiento también demuestran que las niñas son las que menos aumentan de peso, durante el acompañamiento ambulatorio⁽²¹⁻²²⁾.

La 1ª consulta en el Ambulatorio de Seguimiento en estudio es en torno del 3º al 9º día después del alta. En un estudio retrospectivo americano que evaluó 65.085 altas fue demostrado que menos de 07 días después del alta es lo ideal para que ocurra esa primera consulta (para reducir readmisiones)⁽²³⁾. Ya la media de AME en esa 1ª consulta quedó en torno de 55% y la de amamantamiento materno en general arriba de 85%. Esta frecuencia de AME puede ser considerada adecuada si es comparada con la encontrada en un estudio israelita que muestra que apenas 109 de 162 madres (67%) estaban amamantando (exclusivamente o no) sus bebés prematuros en el momento del alta hospitalaria⁽²⁴⁾. Sin embargo, si es confrontada con una cohorte prospectiva de 137 prematuros realizada en el Nordeste de Brasil, la frecuencia está abajo de los 56,2% encontrados en el alta de la enfermería Canguro⁽²⁰⁾, siendo necesario considerar que el Método Canguro estuvo relacionado al aumento de AME en otras investigaciones^(12,25). Cabe destacar que, así como en este estudio, en otra publicación procedente de Paraná, de un trabajo descriptivo y retrospectivo y realizado con 25 prematuros, fue demostrado que el crecimiento no fue alterado, conforme a lo que el bebé estaba ingiriendo⁽¹⁰⁾.

Algunos puntos de esta investigación permiten que se deduzca que el Ambulatorio de Seguimiento ha promovido y estimulado el AME. Por ejemplo, hubo un aumento de su frecuencia de la primera para la segunda consulta y de esta para la quinta, y la de retirada y/o reducción de la fórmula infantil fue mayor de lo que la entrada y/el aumento de esta entre las orientaciones provistas.

Los datos de destino del paciente traen la presuposición de que como 11% de los RNRs atendidos tienen apenas la primera consulta con el enfermero y ya son encaminados para el Puesto de Salud o Atención Básica, ellos están con crecimiento y desarrollo adecuados o son encaminados para servicios especializados de la red (como Genética e Infecciones Congénitas). Y como de los 521 bebés con retorno marcado, menos de la mitad retornó para un segundo atendimento, la resolución del Ambulatorio puede ser verificada, de la misma forma que la importancia de la primera consulta realizada con el enfermero.

En cuanto a la procedencia, se constató que cerca de 40% de los bebés atendidos en el Ambulatorio son de Estados vecinos, como Goiás y Minas Gerais. Este hecho puede llevar a una mayor evasión de este acompañamiento, pues esta, a veces, está relacionada a la mayor distancia entre la residencia y local de seguimiento^(12,26).

En cuanto a los datos relativos al IG y al peso de nacimiento presentes en la Tabla 1, se verificó, en este estudio, que cuanto menor es la edad gestacional y el peso de nacimiento, más frecuente y en mayor cantidad son las consultas de seguimiento. Algunas investigaciones muestran esta necesidad de acompañamiento más frecuente, cuando afirman que el bajo peso al nacimiento y a la prematuridad están relacionados a un aumento de la morbimortalidad, de las condiciones crónicas y de las re-internaciones^(2-3,9,19,27-31), así como al mayor riesgo de déficit de crecimiento^(3,21), atrasos en el desarrollo y problemas cognitivos y comportamentales^(3,7,31-32). Además, el crecimiento debe ser monitoreado rigurosamente en el primer año de vida de ese tipo de paciente, garantizando una nutrición cerebral ideal y reduciendo riesgos de atrasos en el desarrollo neurológico^(19,33).

Fue además constatado que cuanto mayor fue el tiempo de internación, mayor fue la necesidad de retorno del bebé y mayor riesgo de menor aumento de peso. Como el tiempo de internación se correlaciona directamente con la IG⁽³⁾, este dato además corrobora un estudio realizado en Suecia con 1.410 lactantes prematuros sobre un programa de alta precoz, donde los que obtuvieron más readmisiones fueron los que tuvieron mayor tiempo de internación⁽¹¹⁾. O sea, un

tiempo de internación alto está relacionado con el mayor riesgo de morbilidades y déficit de crecimiento.

La evolución ascendente del peso actual con el pasar de las consultas, así como la del aumento de peso hasta la tercera consulta, muestran la efectividad del Ambulatorio de Seguimiento en garantizar un crecimiento adecuado del RNR, lo que fue igualmente evidenciado en otra investigación⁽¹⁰⁾.

Se sabe inclusive que, como el aumento de peso es un importante diagnóstico de la salud del bebé⁽¹¹⁾ se verifica en este estudio una diferencia estadísticamente significativa de la primera para la segunda consulta ante el aumento de peso. Eso puede indicar que la asistencia provista a los RNRs fue eficaz y que las orientaciones realizadas en las primeras consultas impactaron en el crecimiento de modo positivo.

En cuanto a los diagnósticos médicos de internación más comunes presentes en la población atendida, estos fueron equivalentes a otros encontrados en seguimientos realizados por enfermeros⁽¹⁰⁾. Especialmente en cuanto a las últimas consultas, se cree que la presencia de estos diagnósticos puede hasta ser considerados como factor de riesgo para complicaciones pos-natales, debiendo ser acompañados rigurosamente.

La mayoría de estos diagnósticos es encontrada en prematuros que nacen con menos de 1.500g, neurópatas y en aquellos con mayor tiempo de internación^(2-3,19). Y en algunos estudios están presentes en los bebés crónicos egresados de la UTIN⁽²⁷⁾ y en los que más necesitaron de re-admisiones y re-internaciones^(9,11,29). Condiciones neonatal como prematuridad, asfisia, infecciones e hiperbilirrubinemia fueron asociadas a las secuelas y a la sobrevivencia comprometida en cohorte retrospectiva italiana realizada con 123 sujetos⁽⁷⁾. Ya la anemia debe ser monitoreada y tratada con frecuencia por poder llevar al bajo aumento de peso y alteraciones en el desarrollo^(19,33). La incompatibilidad, ictericia, desnutrición y enterorragia tuvieron mayor necesidad de retornos, para ser verificada y garantizada la reversibilidad de estos problemas.

Algunos diagnósticos médicos encontrados también obtuvieron significancia estadística ante el aumento de peso, además de la prematuridad y bajo peso al nacer – DBP, hemorragia e hipertensión pulmonar, DMO, apnea de la prematuridad, dilatación ventricular, anemia, neumotórax, atelectasia, hipoglicemia, cardiopatías congénitas, eventración diafragmática y síndromes genéticas – y fueron asociados, en otros estudios, a diversas morbilidades.

Prematuros con enfermedad pulmonar crónica pueden tener un atraso en la habilidad de la alimentación oral^(14,19). En estudio descriptivo con prematuros en seguimiento, diagnósticos de nacimiento referentes a la prematuridad extrema (como los siete primeros

diagnósticos antes mencionados) estuvieron asociados a la pérdida de peso⁽¹⁰⁾. Un protocolo internacional para cuidado de los prematuros tardíos revela que pacientes con disturbios respiratorios y cardíacos son más susceptibles a los problemas de alimentación y, consecuentemente, a problemas de crecimiento⁽²⁸⁾. Ya una cohorte prospectiva realizada en Paraná con 237 RNRs confirma que el bajo peso al nacer junto a la prematuridad, madre con menos de 17 años y la presencia de anomalías congénitas fueron factores de riesgo agregados a las re-internaciones (que son inclusive más largas que los lactantes sin estos aspectos) hasta los 3 meses de vida⁽⁹⁾. Una situación de enfermedad, obviamente, puede alterar el crecimiento, pues ahí el aumento de peso es menor⁽¹⁰⁾. No fue encontrada en la literatura asociación de los diagnósticos hipoglicemia, neumotórax, atelectasia y eventración diafragmática con la falla en el crecimiento.

Las orientaciones más comunes y más frecuentes en los RNRs fueron aquellas relacionadas a la alimentación del bebé, corroborando otros estudios que evidencian que los mayores problemas y necesidades de supervisión son los de nutrición, además de falta de crecimiento, morbilidades respiratorias, anemia y secuelas de desarrollo neurológico^(4,14,28,33). Algunos trabajos ya señalan que las principales orientaciones realizadas fueron parecidas con las encontradas en este, tales como vacunación, medicaciones e higiene⁽¹²⁾. Determinadas investigaciones, igualmente, señalan cuidados específicos pos-natales que podrían mejorar la salud neonatal y que fueron identificados como presentes en el seguimiento del hospital de estudio, tales como soporte al AME, higiene corporal y limpieza del cordón umbilical⁽³⁴⁻³⁵⁾.

El encaminamiento para médico, realizado por enfermeros en el mismo día de atendimento, fue cerca de 25%. Las razones de este encaminamiento variaron, pero quedaron en torno de la necesidad de evaluación de pacientes con complicaciones y con necesidades de prescripciones de medicamentos y de pedidos de exámenes. Así, la familia no precisaría esperar la deterioración del cuadro clínico o una próxima consulta para resolución de estos problemas. Esto ratifica que el acompañamiento del RNR por un equipo multidisciplinario es mucho más apropiado y necesario para este y su familia, tanto del punto de vista físico, como socioeconómico y emocional⁽²⁸⁾.

Esa comprensión multidisciplinaria del cuidado es confirmada por la cantidad de encaminamientos realizados por el enfermero y por la alternancia entre las consultas de enfermería y médica. Esta alternancia ya fue recomendada en una investigación exploratoria y cualitativa de Santa Catarina que entrevistó 31 profesionales de salud de la Atención Básica⁽¹²⁾, y puede

llevar a la disminución de las readmisiones durante el primer año de vida⁽⁴⁾ y a la garantía de la asistencia adecuada a los RNRs, especialmente prematuros⁽¹⁹⁾.

Desde la 1ª consulta con el enfermero, el vínculo de los padres y otros miembros de la familia con el bebé es confirmado o desmentido y se fortalecen los lazos de estos con el profesional que lo está atendiendo. Este hecho y la responsabilidad conjunta son esenciales para el suceso del seguimiento^(12,18) y como médico y enfermeros que atienden en el Ambulatorio trabajan en otras unidades neonatales del hospital, este fortalecimiento es facilitado. Los padres quedan más tranquilos si el profesional que atiende después del alta es procedente de otro sector del hospital⁽¹⁵⁾ y tienden a confiar más en los enfermeros de la UTIN para realizar orientaciones en ese nivel de atendimento⁽¹⁸⁾.

Los resultados de este estudio confirman que los mayores factores de riesgo relacionados a la morbilidad de los RNRs podrían ser minimizados con acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades⁽²⁾. Algunos trabajos defienden la integración del Ambulatorio de Seguimiento con la Atención Primaria como estrategia para garantizar la continuidad de la asistencia al RNR, con sistematización del cuidado, entrenamiento profesional, realización de acciones programáticas y protocolos y con el debido monitoreo de los resultados^(2,12,14,36).

Las limitaciones de esta investigación fueron aquellas relacionadas a la utilización de datos secundarios de carácter retrospectivo para la recolección de datos, lo que no solo puede influenciar en la calidad de estos, como imposibilitar su profundización. Así, variables sociales como renta, ocupación y escolaridad de la madre no pudieron ser rescatadas, impidiendo un enriquecimiento mayor de esta investigación. Sin embargo, se espera que lo que fue aquí explicitado pueda mejorar el interés de nuevas y necesarias investigaciones en el área, especialmente las prospectivas y las que exploren, en ese contexto multi-profesional, los diagnósticos e intervenciones de enfermería, así como sus resultados correspondientes.

Conclusión

Este estudio permitió analizar el perfil de un gran número de RNRs atendidos por enfermeros en un Ambulatorio de Seguimiento de un hospital de referencia para salud materno-infantil de DF, en un período de cuatro años. Se verificó que la población atendida por enfermeros es compuesta, en su mayoría, por recién-nacidos con bajo peso y edad gestacional abajo de 34 semanas al nacer, en amamantamiento materno exclusivo, con tiempo de internación mayor que 30 días, que precisaron de más de una consulta mensual en el Ambulatorio, que poseían problemas para aumentar de

peso y diagnósticos médicos que pueden llevar a fallas en el crecimiento y desarrollo.

Este análisis del perfil proporcionó el conocimiento de que es posible la consulta de enfermería con esta población, con papeles bien delineados, y que este atendimento puede mejorar tanto el amamantamiento materno exclusivo como el aumento de peso. Esos factores, entre otros explicitados, posibilitan una asistencia calificada y continua a bebés tan vulnerables. El conocimiento del perfil de los RNRs proporcionado por este estudio también permite que sean explorados otros modelos de seguimiento por enfermeros, favoreciendo comparaciones con poblaciones en distintas localidades y estudio de otros posibles factores de riesgo del crecimiento y desarrollo saludables de los RNRs.

Esta investigación también demostró cómo debe ser estructurado un seguimiento ambulatorio, teniendo como base, sin duda, el atendimento multi-profesional. Cada uno puede trabajar dentro de su área de formación, pero cuando los diversos profesionales unen esfuerzos y conocimientos, los mayores beneficiados son el bebé y su familia.

Se cree que, para mejorar aún más los cuidados de enfermería a los RNRs, se debería consolidar la integración del servicio ambulatorio de seguimiento con los de la Atención Primaria, preferencialmente en la forma de visita domiciliar compartida entre los enfermeros, por lo menos, durante el primer año de vida de esos bebés, cuando los riesgos y vulnerabilidades a las morbilidades son mayores. Los enfermeros serían ligados tanto a las unidades neonatales hospitalarias como al Programa de Salud de la Familia, reforzando su papel y colaborando con las necesarias referencias.

Agradecimientos

Agradezco a Danilla Parma Queiroz y Rosângela Cândido Marinho

Referencias

1. World Health Organization. Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. [Internet] 2013. [cited Jan 3, 2016] Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
2. Faria CS, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. Morbidity and mortality among the high-risk newborns: a bibliography review. *Enferm Global*. [Internet]. 2014 [cited Jan 3, 2016]; 36:298-309. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/177861/165791>
3. Glass HC, Costarino AT, Stayer SA, Brett CM, Cladis F, Davis PJ. Outcomes for extremely premature infants. *Anesthesia Analgesia*. 2015; 120(6):1337-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000000705>

4. Bockli K, Andrews B, Pellerite M, Meadow W. Trends and challenges in United States neonatal intensive care units follow-up clinics. *J Perinatol.* 2014; 34(1): 71-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2013.136>
5. Doyle LW, Anderson PJ, Battin M, Bowen JR, Brown N, Callanan C, et al. Long term follow up of high risk children: who, why and how?. *BMC Pediatrics.* 2014; 14(1): 279. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-14-279>
6. World Health Organization. Health In 2015: From MDGs TO SDGs. [Internet]. 2015 [cited Jan 1, 2016]. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>
7. Poggioli M, Minichilli F, Bononi T, Meghi P, Andre P, Crecchi A, et al. Effects of a home-based family-centered early habilitation program on neurobehavioural outcomes of very preterm born infants: a retrospective cohort study. *Neural Plast.* 2016; 2016: 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4323792>
8. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Mathias TAF, Ferrari LL, Mesas AE. Avoidable causes of infant deaths due to interventions of the Brazilian Unified Health System: a comparison of two birth cohorts. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3): 907-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01182013>
9. Barreto MS, Silva RLDT, Marcon SS. Morbidity in children of less than one year of age in risky conditions: a prospective study. *Online Braz J Nurs.* 2013; 12(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133999>
10. Viera CS, Rech R, Oliveira BRG, Maraschin MS. Preterm infant follow up during the first year after hospital discharge: assessing weight-height development. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2013 Abr/Jun [cited Aug 12, 2016]; 15(2): 407-15. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000200013
11. Lundberg B, Lindgren C, Palme-Kilander C, Örténstrand A, Bonamy AKE, Sarman, I. Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare. *Acta Paediatr.* 2016; 105(8):895-901. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13393>
12. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (spe): 224-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>.
13. Dehkhoda N, Valizadeh S, Jodeiry B, Hosseini MB. The effects of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants. *J Caring Sci.* 2013; 2(2): 97. doi: <http://dx.doi.org/10.5681/jcs.2013.012>
14. Lipner HS, Huron RF. Developmental and interprofessional care of the preterm infant: neonatal intensive care unit through high-risk infant follow-up. *Pediatrics Clin N Am.* 2018; 65(1):135-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.026>
15. Lopez G, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network.* [Internet]. 2012 [cited Jan 15, 2017]; 31(4): 207-14. Available from: <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/jnn/2012/00000031/00000004/art00002>
16. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2015; 21:763-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.12401>
17. Miró RA, Canut ML, Aloy JF, Ruiz ME, Gili LA, Rodríguez JB, et al. Influence of in-home nursing care on the weight of the early discharged preterm newborn. *Anales de Pediatría (Barc).* 2014; 81:352-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.024>
18. Adama EA, Bayes S, Sundin D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *J Neonat Nurs.* 2016; 22: 27-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
19. Barkemeyer BM. Discharge planning. *Pediatr Clin N Am.* 2015; 62(2): 545-56. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.013>
20. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Rev Paul Pediatr.* 2014; 32(2): 171-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432213113>
21. Sammy DM, Chege MN, Oyieke J. Early growth in preterm infants after hospital discharge in rural Kenya: longitudinal study. *Pan African Med J.* 2016; 24:158. doi: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2016.24.158.7795>
22. Kattula D, Sarkar R, Sivarathinaswamy P, Velusamy V, Venugopal S, Naumova EN. The first 1000 days of life: prenatal and postnatal risk factors for morbidity and growth in a birth cohort in southern India. *BMJ Open.* 2014; 4: e005404. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005404>
23. Jackson C, Shahsabee M, Wedlake T, DuBard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med.* 2015; 13(2):115-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1753>.
24. Pinchevski-Kadir S, Shust-Barequet S, Zajicek M, Leibovich M, Strauss T, Leibovich L, et al. Direct feeding at the breast is associated with breast milk feeding duration among preterm infants. *Nutrients.* 2017; 9(11): e1202. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/nu9111202>.
25. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that influence breastfeeding

- duration for premature infants after NICU hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonat Nurse*. 2014; 43(3): 272-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12297>
26. Ballantyne M, Stevens B, Guttmann A, Willan AR, Rosenbaum P. Maternal and infant predictors of attendance at neonatal follow-up programmes. *Child: Care, Health Develop*. 2013; 40(2): 250-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12015>
27. Tavares TS, Duarte ED, Silva BCN, Paula CM, Queiroz MPM, Sena RR. Profile characterization of children discharged from neonatal units presenting chronic conditions. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro*. 2014; 3(4): 1322-35. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.802>
28. Phillips RM, Goldstein M, Hougland K, Nandyal R, Pizzica A, Santa-Donato A, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol*. 2013; 33: 5-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2013.53>
29. Martins CBG, Barcelon AA, Lima FCA, Gaíva MAM. Profile of morbidity and mortality in at-risk newborns. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(1):109-15. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35966>
30. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: S192-S207. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
31. Milner KM, Duke T, Steer AC, Kado JH, Koyamaibole L, Kaarira R, et al. Neurodevelopmental outcomes for high-risk neonates in a low-resource setting. *Arch Dis Childhood*. 2017; 102:1063-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-312770>
32. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *Br Med J*. 2017; 358: j3448. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3448>
33. Kirk CM, Uwamungu JC, Wilson K, Hedt-Gauthier BL, Tapela N, Niyigena P, et al. Health, nutrition, and development of children born preterm and low birth weight in rural Rwanda: a cross-sectional study. *BioMed Central Pediatrics*. 2017;17(1):191. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-017-0946-1>
34. Salam RA, Mansoor T, Mallick D, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health. *Reproductive Health*. 2014; 11(Suppl 1):S3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-S1-S3>
35. Lee ACC, Kozuki N, Cousens S, Stevens GA, Blencowe H, Silveira MF, et al. Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: analysis of CHERG datasets. *Br Med J*. 2017; 358: j3677. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j3677>
36. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(2): e20170028. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>

Recibido: 22/07/2017

Aceptado: 12/10/2018

Autor correspondiente:

Ludmylla de Oliveira Beleza

E-mail: ludmyllab@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9975-562X>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

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