



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

H.P.M.
HOSPITAL PUERTO MONTT

Prematuro tardío

Dra. Constanza Villanueva M. – Residente Pediatría



Tabla de contenidos

+

01

Historia

+

03

Epidemiología

+

05

Complicaciones

+

07

Manejo

+

02

Clasificación de prematuridad

+

04

Factores de riesgo

+

06

Resultados

+

08

Seguimiento

Introducción

- Se define como RN con EG entre **34 a 36 semanas y 6 días**.
- Tasas de morbilidad y mortalidad más altas que los RNT (EG ≥ 37 semanas) debido a su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, aunque a menudo tienen el tamaño y el peso de algunos RNT.
- Esta población tiene un mayor riesgo de **morbilidad y mortalidad neonatal**.

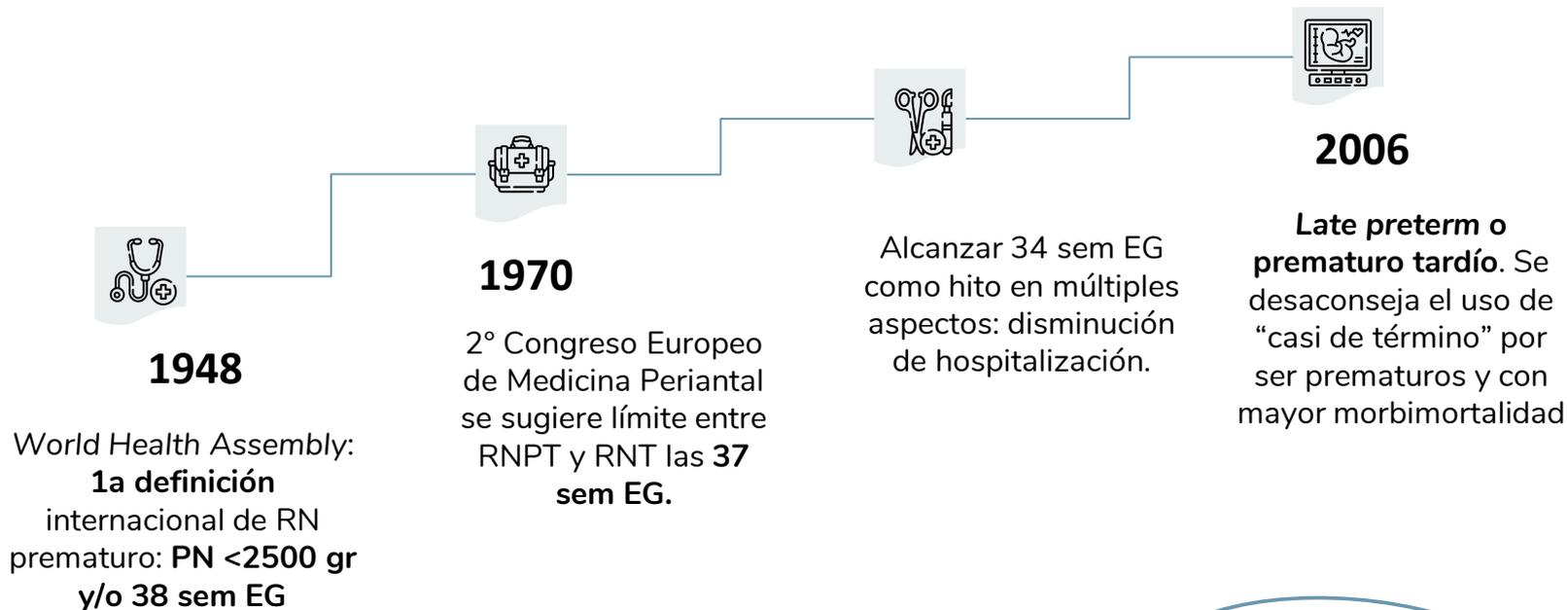


Historia

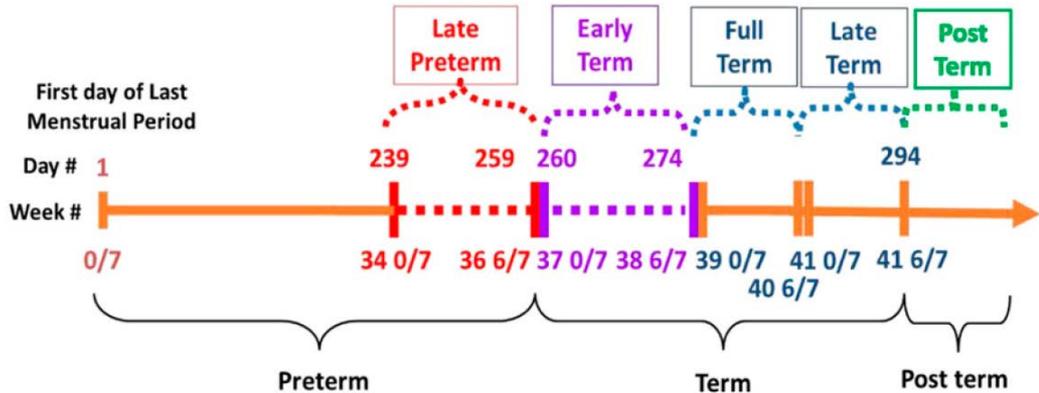
Optimizing Care and Outcome for Late-Preterm (Near-Term) Infants: A Summary of the Workshop Sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development

Tonse N. K. Raju, MD*, Rosemary D. Higgins, MD*, Ann R. Stark, MD*, Kenneth J. Leveno, MD†

*National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland; †Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, Texas and ‡Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas



Clasificación de prematuridad





Epidemiología

El parto prematuro ha presentado un **aumento** en las últimas décadas **en Chile y el mundo.**

El **parto prematuro** tiene una prevalencia **mundial ~11%**. En **Chile** corresponden al **7.7%** del total de partos, 70% prem. tardíos.

Aprox. 2/3 de los partos prematuros se producen en forma espontánea y, por tanto difícilmente modificable.

Por su mayor riesgo de complicaciones, generalmente requieren estadía más prolongada, lo que resulta en **costos de atención** médica más altos.



Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants

Dan L. Stewart, MD, FAAP^a Wanda D. Barfield, MD, MPH, FAAP, RADM, USPHS,^b COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

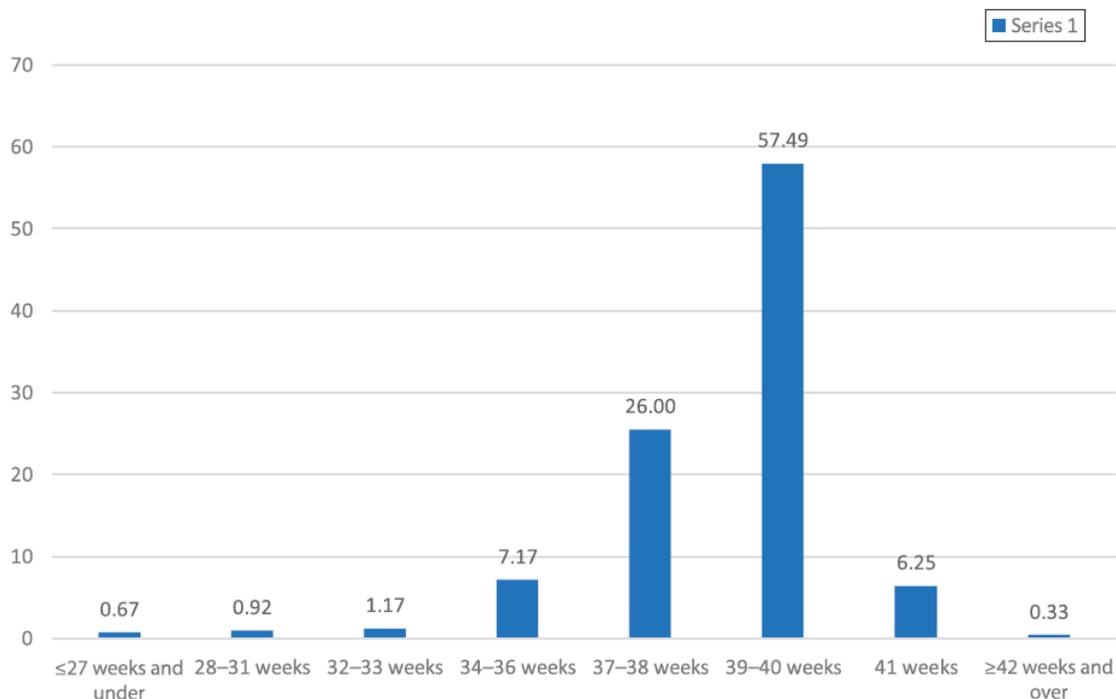
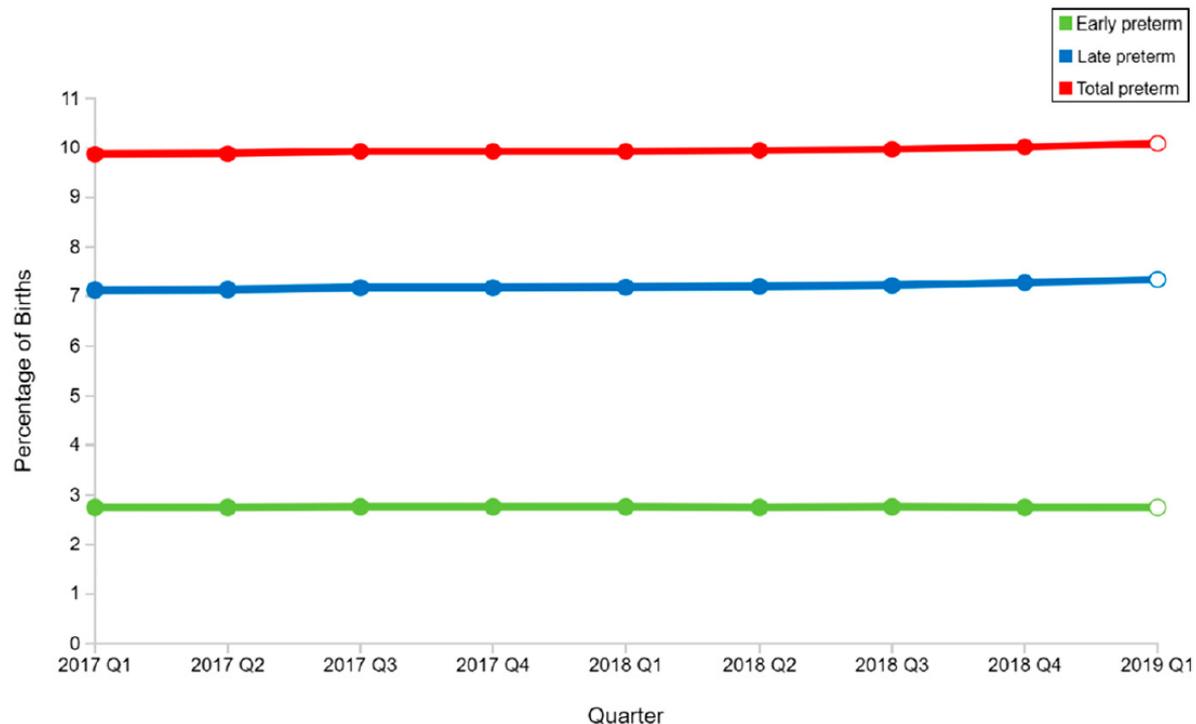
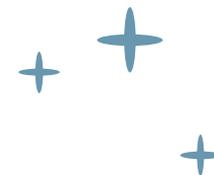


FIGURE 3

Percentage of births by gestational age at birth: United States 2017. (Adapted from Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK, Drake P. Births: final data for 2017. *Natl Vital Stat Rep.* 2018; 67:8.)

- Prematuros tardíos representan el **7%** de todos los nacidos vivos.
- RN prematuros tardíos representan aprox. **70% de los nacimientos prematuros** en los Estados Unidos, siendo un asunto de salud pública importante y costoso.



- La tasa de natalidad prematura aumentó a 9,97% en el tercer trimestre de 2018.
- Preocupación emergente.
- Después de casi una década de constantes descensos, la tasa de nacimientos prematuros está aumentando nuevamente.

FIGURE 4

Quarterly preterm birth rates 2017 to quarter 1 of 2019. (Adapted from Rossen LM, Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA. Quarterly Provisional Estimates for Selected Birth Indicators, 2017–quarter 1, 2019. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics NVSS, Vital Statistics Rapid Release Program; 2019.)

Factores de riesgo de parto prematuro

Características actuales de la madre/embarazo

- Reproducción asistida
- **Gestación múltiple**
- Trastorno fetal (ej., anomalía cromosómica, anomalía estructural, RCIU, muerte, etc.)
- Sangrado vaginal
- **Poli u oligohidramnios**
- **Afecciones médicas maternas** (ej., hipertensión, diabetes, enfermedad de la tiroides, asma, etc.)
- Cirugía abdominal materna durante el embarazo
- Problemas psicológicos (ej., estrés, depresión, embarazo no planeado)
- Uso de sustancias, TBQ y OH
- **Infecciones**
- Vaginosis bacteriana
- Tricomoniasis, Clamidia, Gonorrea, Sífilis, ITU, Infección viral grave, Infección intrauterina

Antecedentes gineco-obstétricos

- PP previo
- Cirugía cervical previa (ej., biopsia de cono, LEEP)
- Anomalías uterinas/placentarias

Estado nutricional/actividad física

- IMC <18,5 kg/m² o peso <50 kg antes del embarazo
- Mal estado nutricional
- Largas horas de trabajo (ej. >80 horas/semana)
- Trabajo físico duro (ej., turnos, estar de pie más de 8 horas)

- Longitud cervical corta entre 14 y 28 semanas
- Fibronectina fetal (+) entre 22 y 34 semanas
- Contracciones uterinas

Datos demográficos maternos

- <17 o >35 años de edad
- Raza negra no hispana, mujeres indígenas
- Bajo nivel educativo
- Estado civil soltero
- Nivel socioeconómico más bajo
- Breve intervalo entre embarazos (p. ej., <18 meses)
- Otros factores sociales (p. ej., acceso deficiente a la atención médica, abuso físico, aculturación)

Complicaciones de RN prematuros tardíos

Inestabilidad térmica e hipotermia

Hipoglucemia

Dificultad respiratoria

Apnea

Hiperbilirrubinemia

Dificultades de alimentación

Puntuaciones de Apgar bajas (<4)

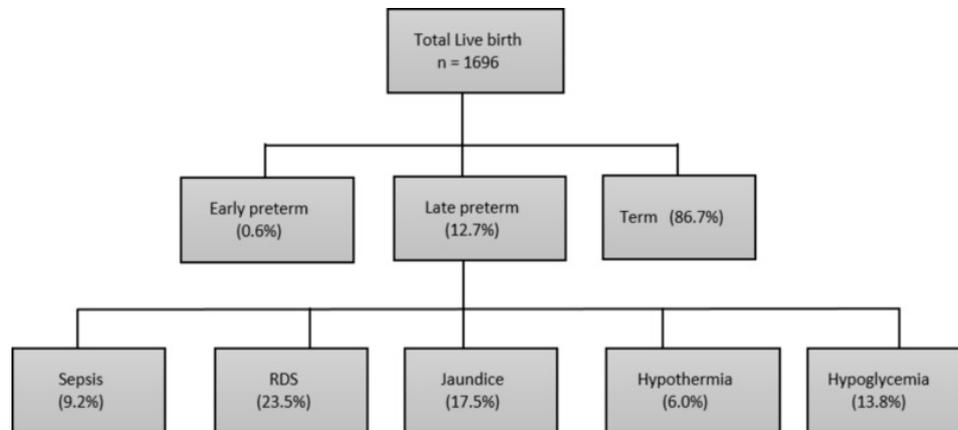
Morbilidad neurológica (convulsiones, asfixia perinatal)

- El riesgo de complicaciones aumenta si los RNPT tardíos tienen factores de riesgo adicionales para la morbilidad neonatal.
- La morbilidad neonatal es 7 veces mayor en los prematuros tardíos vs RNT (22% versus 3%).

Frequency and Early Complications of Late Preterm Infants: A Descriptive Analysis from Two Secondary-care Hospitals of Karachi

Waqar H. Khawaja¹, Abdul Lateef Leghari², Ali Shabbir Hussain¹, Shabina Ariff¹, Iqtidar A. Khan¹

1. Pediatrics and Child Health, Aga Khan University Hospital, Karachi, PAK 2. Pediatrics, Aga Khan University Hospital, Karachi, PAK



Gestational Age	34 weeks	35 weeks	36 weeks	P-value <0,05
Total Number of Late Preterm	30	56	131	-
Respiratory Distress Syndrome 23,5% (n=51)	12	14	25	0.049
Neonatal Jaundice 17,5% (n=38) FTT	04	07	27	0.332
Hypothermia 6% (n=13)	05	02	06	0.028
Hypoglycemia 13,8% (n=30)	04	10	16	0.59
Sepsis 9,2% (n=20)	03	04	13	0.824

TABLE 1: Early complications of late preterm infants

- Estudio descriptivo prospectivo entre 2016-2017.
- Hospitales de atención secundaria.
- Se incluyeron todos los RN prematuros tardíos, y se observaron 72 horas después del nacimiento para detectar complicaciones tempranas.
- Los **prematuros tardíos** constituyeron el **95,5%** (n=217) de los nacimientos prematuros.

Complicaciones



Hipotermia

Más susceptibles por menos tejido adiposo blanco para el aislamiento, no pueden generar calor con tanta eficacia a partir del tejido adiposo marrón y pierden calor más fácilmente debido a su mayor proporción de área de superficie a peso.

10% hipotermia requiriendo manejo activo.



Hipoglicemia

3 a 7 veces mayor riesgo.

La incidencia de hipoglucemia aumenta con la disminución de la EG.

El 50% de las reservas de glucógeno hepático, se depositan entre las 36 y 40 semanas de gestación.

Inmadurez de las enzimas implicadas en la liberación de glucosa, alimentación deficiente, estrés, infecciones

AAP: glicemia antes de cada alimentación las primeras 24 hr de vida.

Complicaciones



Morbilidad respiratoria

Hasta 40 veces mayor riesgo de SDR, TTN, neumonía, insuficiencia respiratoria, HTPP y necesidad de apoyo ventilatorio.

Relacionado con inmadurez pulmonar, menor producción de surfactante y reabsorción tardía de líquido (menos canales de Na+)



Apnea

15 veces mayor incidencia en prematuros tardíos que en RNT (4% vs 7%).

- Pared torácica más complaciente
- Respuesta más lenta ante hipercarbica y bifásica ante hipoxia

Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)..



ORIGINAL

Corticoides antenatales e incidencia de distrés respiratorio del recién nacido en las cesáreas programadas del pretérmino tardío y término precoz*

Aida de la Huerga López^{a,*}, Marta Sendarrubias Alonso^b, Ana Paola Jiménez Jiménez^c, Vanesa Matías del Pozo^d, Cristina Álvarez Colomo^e y María Fe Muñoz Moreno^f

El nacimiento por cesárea programada de RN pretérmino tardíos aumenta el riesgo de distrés respiratorio.

La administración de corticoides antenatales en estos casos podría disminuir el distrés respiratorio y su gravedad.

Estudio analítico retrospectivo en un hospital de tercer nivel, de las cesáreas de 35+0 a 38+6 SEG desde 2013 hasta 2017.

Nuevo protocolo de administración de una dosis de betametasona a las gestantes con cesáreas programadas de esta edad gestacional.

- Se realizaron 285 cesáreas totales, 208 (73%) fueron cesáreas programadas sin dinámica de parto.
- 80,8% de las cesáreas programadas eran gestaciones a término (37-38 SEG) y un **19,2%, gestaciones pretérmino** (35-36 SEG).
- El porcentaje de cesáreas programadas fue mayor en los recién nacidos PEG (89% vs. 71%; $p = 0,016$).
- Se administraron **corticoides** en 97 (**46,6%**) de las cesáreas programadas.
- Se administraron más corticoides en los RNPT vs RNT, (75% RNPT vs. 39,9% RNT; $p < 0,001$).

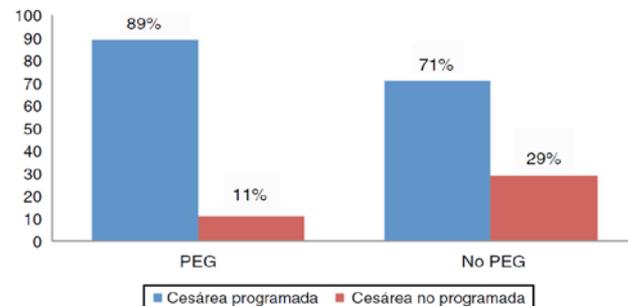


Figura 1 Porcentaje de cesáreas programadas en recién nacidos pequeños para su edad gestacional y sin esta circunstancia.

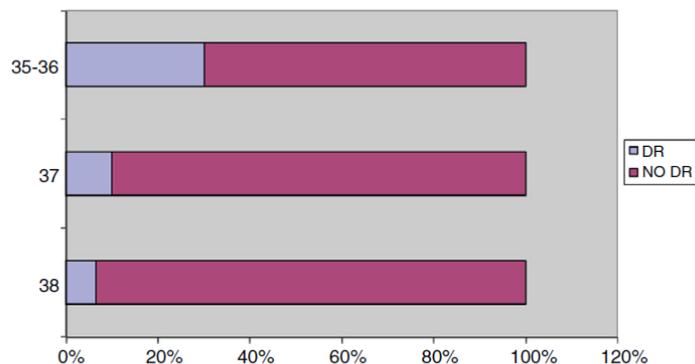


Figura 2 Porcentaje de distrés respiratorio (DR) en cesáreas programadas según edad gestacional. Chi-cuadrado $p < 0,001$.

Los casos diagnosticados de distrés respiratorio inmediato en todas las edades gestacionales fueron en su gran mayoría TNN (20) y, el resto, EMH(2), neumonía (1), HTPP(1), episodio aparentemente letal (1).

El grupo de cesáreas de RNPT 35-36 SEG tuvo mayor porcentaje de distrés respiratorio vs RNT 37-38 SEG, con significación estadística (30% vs. 7,8%; $p < 0,001$).

Entre las cesáreas programadas, no hubo diferencias entre las tratadas y no tratadas con corticoides, en cuanto al desarrollo de distrés respiratorio.

Corticoides antenatales, cesárea programada y distrés respiratorio del recién nacido

5

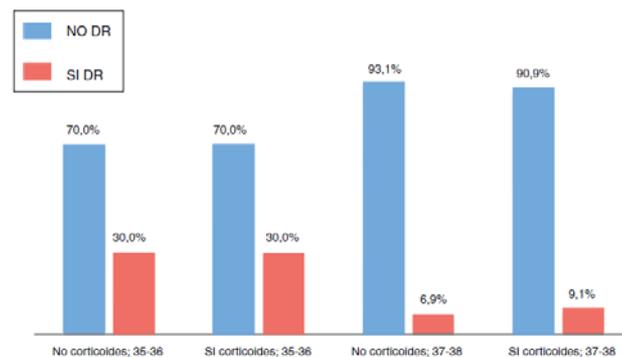


Figura 3 Porcentaje de distrés respiratorio (DR) en cesáreas programadas según administración prenatal de corticoides y edad gestacional

Tabla 2 Comparación de las características cualitativas de los recién nacidos de cesáreas programadas tratadas y no tratadas con corticoides en los distintos grupos de edad gestacional

	Edad gestacional											
	35-36					p	37-38					p
	Corticoides						Corticoides					
		No		Sí		n	No		Sí		n	
n		%	n	%	n		%	n	%			
Ingreso	No	3	30,0	9	30,0	1	80	79,2	49	74,2	0,454	
	Sí	7	70,0	21	70,0		21	20,8	17	25,8		
DR	No	7	70,0	21	70,0	1	94	93,1	60	90,9	0,61	
	Sí	3	30,0	9	30,0		7	6,9	6	9,1		
UCIN	No	9	90,0	24	80,0	0,656	99	98,0	65	98,5	1	
	Sí	1	10,0	6	20,0		2	2,0	1	1,5		
VM	No	9	90,0	30	100,0	0,25	101	100,0	66	100,0	-	
	Sí	1	10,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0		
VMNI	No	7	70,0	22	73,3	1	97	96,0	60	90,9	0,196	
	Sí	3	30,0	8	36,7		4	4,0	6	9,1		
Hipoglucemia	No	8	80,0	26	86,7	0,629	96	95,0	60	90,9	0,229	
	Sí	2	20,0	4	13,3		5	5,0	6	9,1		

DR: distrés respiratorio; UCIN: ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; VM: ventilación mecánica; VMNI: ventilación mecánica no invasiva.

No hubo diferencias significativas en cuanto a la necesidad de ingreso en UCIN, necesidad de ventilación mecánica y VMNI ni desarrollo de hipoglucemia.

En las cesáreas programadas tratadas y no tratadas con corticoides en los 2 grupos de edad gestacional no hubo diferencias significativas en cuanto a días de ingreso, horas de VMNI, FiO2 máxima, Apgar al minuto y 5 min.

No hubo diferencias significativas en el beneficio de la administración de una dosis de corticoides antenatales en las cesáreas programadas de 35+0a 38+6 SEG para la disminución del distrés respiratorio del RN

Tabla 3 Comparación de las características cuantitativas de los recién nacidos de cesáreas programadas tratadas y no tratadas con corticoides en los diferentes grupos de edad gestacional

				Horas de VM	FiO ₂ máxima	Apgar1	Apgar5	Días de ingreso
35-36 SEG	Corticoides	No	Media	17,00	22,60	8,20	9,50	6,97
			Desviación típica	39,18	3,41	1,48	0,71	9,60
	Sí	Media	12,27	22,83	8,20	9,47	10,97	
		Desviación típica	37,46	4,49	1,42	0,68	10,10	
		p	0,827	0,906	0,889	0,873	0,123	
37-38 SEG	Corticoides	No	Media	1,41	21,27	8,65	9,69	1,27
			Desviación típica	12,00	1,94	0,82	0,61	3,24
	Sí	Media	0,56	21,26	8,67	9,70	1,98	
		Desviación típica	2,88	1,30	1,20	0,60	4,35	

SEG: semanas de edad gestacional; VM: ventilación mecánica.

Complicaciones



Hiperbilirrubinemia

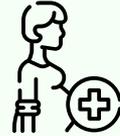
Hasta 5 veces mayor riesgo de hiperbilirrubinemia no conjugada, por inmadurez de las vías de conjugación de la bilirrubina hepática. **Más severa y prolongada.**

Las dificultades de alimentación también pueden conducir a un retraso en recirculación enterohepática.

Es la causa más frecuente de reingreso neonatal de los RN prematuros tardíos.

Mayor riesgo de lesión cerebral (kernicterus) por inmadurez de la BHE, menor concentraciones de albúmina.

AAP: Screening de bilirrubina previo al alta.



Dificultades de lactancia

6.5 veces más frecuente la dificultad en la alimentación.

Su fuerza bucobucal y la coordinación de los mecanismos de deglución/respiración no han madurado por completo.

La dificultad para establecer una alimentación exitosa aumenta el riesgo de reingreso por deshidratación e hiperbilirrubinemia neonatal.

- Más probabilidades de ser **obesos** entre los 3 y los 5 años de edad.
- Como adultos jóvenes, mayor riesgo de **hipertensión y diabetes**, lo que se traduce en mayor riesgo de mortalidad por **enfermedades cardiovasculares y trastornos endocrinos**.
- La **hipoglucemia**, o su riesgo, es una de las razones más comunes para el apoyo nutricional adicional en prematuros tardíos.
- La **deshidratación hipernatremica** es más común por su mayor contenido de agua, menores reservas de tejido graso y una piel más permeable



HHS Public Access

Author manuscript

Semin Fetal Neonatal Med. Author manuscript; available in PMC 2020 February 01.

Published in final edited form as:

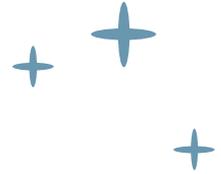
Semin Fetal Neonatal Med. 2019 February ; 24(1): 43–47. doi:10.1016/j.siny.2018.10.005.

Nutritional policies for late preterm and early term infants - can we do better?

Mariana Muelbert, Jane E. Harding, and Frank H. Bloomfield*
Liggins Institute, University of Auckland, Auckland, New Zealand

La mayoría de las guías de nutrición brindan recomendaciones para más prematuros (<32 semanas) o recién nacidos de muy bajo peso al nacer (<1500 g), pero pocas brindan recomendaciones nutricionales para prematuros tardíos.

Complicaciones



Sepsis

- 4 veces mayor riesgo de ser sometido a estudio por sospecha de infección y 30% de frecuencia de tratamiento ATB vs 17% en RNT.
- Inmunidad inmadura, respuestas inmunológicas deficientes, infección materna, procedimientos invasivos en UCIN.
- Mayor frecuencia y mortalidad que en RNT.



Neurológico

- Hemorragia intracraneana es 4.9 veces más frecuente.
- Con mayor incidencia de hemorragias severas en relación a RNT. Especialmente en PEG.
- Aunque las formas graves de LPV son raras en prematuros tardíos aún se pueden observar formas sutiles debido a afecciones asociadas como corioamnionitis materna, inestabilidad cardiovascular e insultos hipóxico-isquémicos.

Resultados

Mortalidad

- **Aumento** modesto en el riesgo de mortalidad infantil.
- Aprox. 8% de todas las muertes neonatales EEUU.
- En Chile la tasa de mortalidad neonatal precoz (<7ddv) es de 10.3 vs 0.55 por 1000 RNV en RNT.
- **También** parece haber un riesgo ligeramente mayor de mortalidad temprana en la **edad adulta** .

Desarrollo Neurológico

- Deterioro cognitivo (puntajes más bajos en las pruebas cognitivas estandarizadas)
- Bajo rendimiento académico
- Deterioro motor, incluida la parálisis cerebral
- Trastornos psiquiátricos y del comportamiento (p. ej., TDAH)
- Deficiencias sensoriales (p. ej., pérdida de visión y audición)
- Sin embargo, otros estudios no han detectado una asociación entre el parto prematuro tardío y los resultados adversos del desarrollo neurológico.

Otros a largo plazo

- Algunos datos sugieren que pueden estar en riesgo de aumento de peso deficiente durante la infancia, morbilidad respiratoria a largo plazo, ej., asma, daño cerebral, enfermedad renal crónica, desnutrición, talla baja.
- En edad adulta mayor riesgo de DM2 y ACV y un logro educativo y/o laboral ligeramente más bajo en comparación con los nacidos a término

Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants

Dan L. Stewart, MD, FAAP,^a Wanda D. Barfield, MD, MPH, FAAP, RADM, USPHS,^b COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

TABLE 2 Neurologic, Psychiatric, and Developmental Disorders in LPT Infants as Adults

Neurologic and Psychiatric Conditions	Relative Risk of LPT Versus Term (95% CI)
Attention-deficit/hyperactivity disorder	1.7 (1.2–2.5)
Any psychiatric disorder	3.74 (1.59–8.78)
Any anxiety disorder	3.85 (1.52–9.52)
Cerebral palsy	2.7 (2.2–3.3)
Cognitive disability	1.6 (1.4–1.8)
Schizophrenia	1.3 (1.0–1.7)
Any disorder of psychological development, behavior, and emotion	1.4 (1.3–1.5)



Contents lists available at ScienceDirect

Seminars in Fetal and Neonatal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/siny



Adult outcomes of being born late preterm or early term – What do we know?

Eero Kajantie^{a,b,c,d,*}, Sonja Strang-Karlsson^{a,c,e}, Kari Anne Indredavik Evensen^{d,f}, Peija Haaramo^a

^a National Institute for Health and Welfare, Public Health Promotion Unit, Helsinki, Oulu, Finland

^b PEDEGO Research Unit, MRC Oulu, Oulu University Hospital and University of Oulu, Oulu, Finland

^c Children's Hospital, Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland

^d Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

^e Department of Clinical Genetics, HUSLAB, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland

^f Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

- Revisión sistemática. Países nórdicos, de altos y moderados ingresos.
- Mayor mortalidad por todas las causas.
- Niveles más altos de factores de riesgo cardiometabólicos
- Aptitud física más baja
- Habilidades cognitivas más bajas
- Índices más altos de varios trastornos de salud mental.

Para muchos resultados, parece haber una relación dosis-respuesta con una EG más temprana al nacer.

Aunque los aumentos en el riesgo siguen siendo pequeños a nivel individual, en estos grandes grupos pueden resultar en fracciones atribuibles a la población relativamente altas.

Aunque puede ser demasiado pronto para tener implicaciones concretas en la atención pre y neonatal, se debe incluir información sobre eventos perinatales (EG, PN) al obtener un historial médico completo en pacientes adultos.



**RECOMENDACIONES
DE MANEJO**

Prenatal

- Limitación de cesáreas electivas <39 sem y mejor precisión en la estimación de la EG
- Corticoides en < 34 sem: no hay consenso

Posnatal

- CSV cada 30 min las primeras 2 hr de vida y cada 2-4 hrs posteriormente
- Peso diario
- Clasificación grupo/Rh y TCD
- Bilirrubina previo al alta
- Glicemia antes de cada alimentación las primeras 24 hr de vida
- Screening auditivo

Post-alta

- 1er control ambulatorio en 1 a 2 días
- Control semanal hasta las 40 semanas de EGC
- Asesoría de lactancia materna
- Seguimiento por especialista hasta el año de vida

Criterios de alta



American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Descartar anomalías o condiciones médicas que requieran hospitalización adicional (mala alimentación y/o hiperbilirrubinemia)

Estabilidad fisiológica:

- Termorregulación: T° 36,5 a 37,4 °C en una cuna abierta.
- Succión, deglución y respiración coordinadas mientras se alimenta, y pérdida de peso <7%.
- Signos vitales estables
- Al menos una deposición espontáneamente.

Finalización de otros cuidados de rutina del RN:

- Pruebas de audición, bilirrubina, detección de hipoglucemia y pruebas de oximetría de pulso para enfermedades cardíacas congénitas graves
- Vacuna contra la hepatitis B
- Profilaxis con vitamina K y ocular para prevención de la oftalmopatía gonocócica neonatal



Criterios de alta



American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Valoración del entorno familiar y domiciliario para identificar los factores de riesgo que puedan repercutir en la salud del lactante.

- Exposición a tabaco, posición no supina para dormir y falta de lactancia

Capacitación exitosa de los padres para reconocer síntomas y signos de alarma

Se programa una visita de seguimiento de 24 a 48 horas

Prueba del asiento del automóvil antes del alta

- Eventos cardiopulmonares en posición vertical
- En EEUU la mayoría de las salas de RN realizan una prueba de detección del asiento del automóvil antes del alta





Discharge Criteria for the Late Preterm Infant

A Review of the Literature

Jenny M. Quinn, MSN, NNP-BC, MHA; Marteen Sparks, MSN, RN; Sheila M. Gephart, PhD, RN

TABLE 3. Late Preterm Infant Discharge Preparation Checklist: NICU

Delivery date and time _____	
Anticipated discharge date and time _____	
Discharge disposition _____	
Healthcare Management	Date/Initial
Skin-to-skin and breastfeeding within 1 h of birth (if clinically stable)	
If supplementation medically indicated consent for banked donor milk signed? Yes No	
Initiate Group B <i>Streptococcus</i> (GBS) Protocol: Yes No	
Monitor for sepsis? Yes No	
Initiate Hypoglycemia Protocol	
#1 _____ #2 _____ #3 _____	
Follow unit policy or contact provider with abnormal results	
Newborn screening (12 h or more after birth)	
Delayed bathing (6 h or more after birth)	
Serum bilirubin per provider orders or TcB check if ≥ 35 wk	
Transcutaneous bilirubin (TcB) screen at 18 h of age:	
Date/ time due: _____	
Car seat challenge:	Pass Fail
Circumcision education:	Yes No
Circumcision procedure:	Yes No

Discharge Criteria for the Late Preterm Infant

A Review of the Literature

Jenny M. Quinn, MSN, NNP-BC, MHA; Marteen Sparks, MSN, RN; Sheila M. Gephart, PhD, RN

Feeding

Initiate breast pumping within 4 h if separated from infant

Breastfeeding education: Yes No

Feeding readiness cues and initiation of cue-based feedings

Initial latch score: _____

Breast feed evaluation: Proficient Needs support

Lactation referral: Yes No

Parent education on fortification and/or formula supplementation

Return demonstration: Proficient Needs support

Oral competency with adequate volumes

Social

Social services consult

Shaken baby syndrome prevention video watched

Birth certificate paperwork completed

Newborn pictures

Postdischarge plan

Appointment made with primary care provider

Subspecialty physician follow-up Yes No

Public health nurse referral Yes No

If breastfeeding:

Lactation outpatient clinic Yes No

Information on breastfeeding support group given? Yes No

Discharge instructions given and teach back demonstrated



Readmisiones

- Aprox. 4 -6% de prematuros tardíos son readmitidos en el hospital dentro de los 30 días posteriores al alta (tasa que es 2-3 veces mayor que la de RNT).
- 80% ocurre dentro de los primeros 5 días al alta.
- Estadía media de 8.8 días vs 2.2 días en RNT.
- Causas más comunes de reingreso:
 - Ictericia
 - Dificultades para alimentarse y deshidratación

Conclusiones

Los bebés prematuros tardíos pueden considerarse los "**grandes simuladores**": se parecen a los bebés nacidos a término sanos en apariencia, pero su inmadurez los coloca en mayor riesgo de **malos resultados a corto y largo plazo**

Por ser un concepto relativamente "reciente" las recomendaciones de manejo se siguen basando principalmente en la experiencia clínica y conceptos generales.

Está comprobada la **mayor morbimortalidad** en este grupo de pacientes, lo que requiere mayor atención en la detección de patologías más frecuentes.

Importancia de la prevención del parto prematuro.

El retraso en la indicación de las cesáreas programadas, siempre que sea posible, podría contribuir a disminuir el distrés respiratorio asociado a la prematuridad y a la ausencia de trabajo de parto.

Referencias

- Fishel Bartal, M., Chen, H. Y., Blackwell, S. C., Chauhan, S. P., & Sibai, B. M. (2020). Factors Associated with Formula Feeding among Late Preterm Neonates. *American journal of perinatology*, 37(14), 1393–1399. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712952>
- Stewart, D. L., Barfield, W. D., & Committee on fetus and newborn (2019). Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants. *Pediatrics*, 144(5), e20192760. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2760>
- Barfield, W., Lee, K. (2023). Late preterm infants. UpToDate.
- Tapia J., González A. (2018). Neonatología. 4 ed
- Crump C. (2020). Preterm birth and mortality in adulthood: a systematic review. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(6), 833–843. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0563-y>
- Khowaja, W. H., Leghari, A. L., Hussain, A. S., Ariff, S., & Khan, I. A. (2019). Frequency and Early Complications of Late Preterm Infants: A Descriptive Analysis from Two Secondary-care Hospitals of Karachi. *Cureus*, 11(9), e5789. <https://doi.org/10.7759/cureus.5789>
- Karnati, S., Kollikonda, S., & Abu-Shaweesh, J. (2020). Late preterm infants - Changing trends and continuing challenges. *International journal of pediatrics & adolescent medicine*, 7(1), 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.02.006>
- Kajantie, E., Strang-Karlsson, S., Evensen, K. A. I., & Haaramo, P. (2019). Adult outcomes of being born late preterm or early term - What do we know?. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 24(1), 66–83. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.11.001>
- De la Huerga, A., Sendarrubias, M., Jiménez, A., Matías, V., Álvarez, C., Muñoz, M. (2019). Corticoides antenatales e incidencia de distrés respiratorio del recién nacido en las cesáreas programadas del pretérmino tardío y término precoz. *Anales de Pediatría*, 91(6), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.12.004>
- Deshmukh, M., & Patole, S. (2021). Antenatal corticosteroids for impending late preterm (34-36+6 weeks) deliveries-A systematic review and meta-analysis of RCTs. *PloS one*, 16(3), e0248774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248774>
- Keij, F. M., Achten, N. B., Tramper-Stranders, G. A., Allegaert, K., van Rossum, A. M. C., Reiss, I. K. M., & Kornelisse, R. F. (2021). Stratified Management for Bacterial Infections in Late Preterm and Term Neonates: Current Strategies and Future Opportunities Toward Precision Medicine. *Frontiers in pediatrics*, 9, 590969. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.590969>
- Muelbert, M., Harding, J. E., & Bloomfield, F. H. (2019). Nutritional policies for late preterm and early term infants - can we do better?. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 24(1), 43–47. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.10.005>
- Zeballos, S., Pescador, I., Sánchez, M. Definición y tipos de prematuridad. Cálculo de la edad gestacional (2023). *Protocolos de la Sociedad Española de Pediatría*. 73-79. <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
- Quinn, J. M., Sparks, M., & Gephart, S. M. (2017). Discharge Criteria for the Late Preterm Infant: A Review of the Literature. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 17(5), 362–371. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000406>

Gracias

