

# Prematuridad tardía: recomendaciones para el seguimiento a largo plazo

## *Late preterm newborn: follow-up recommendations*

Lucrecia Bossi<sup>a</sup> , Lidia Giúdice<sup>a</sup> , Gabriela Bertani<sup>a</sup> , Patricia Fernández<sup>b</sup>,  
Alejandro Maccarrone<sup>a</sup> , Adriana Cattaino<sup>a</sup> 

### RESUMEN

La tasa de prematuridad global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra un aumento progresivo; su principal componente es el grupo de prematuros tardíos. Este grupo de pacientes suele tener buen peso al nacer, lo que hace que no se perciba muchas veces el riesgo de presentar un espectro de morbilidades del desarrollo, conductuales e inmadurez de diferentes órganos y sistemas que impactan en la evolución a corto y largo plazo y aumentan la morbimortalidad. A su vez, tienen un efecto sustancial en los servicios de atención médica.

El objetivo de esta publicación es discutir algunos aspectos relacionados con la salud de este grupo de pacientes y sugerir su seguimiento con un enfoque holístico e interdisciplinario.

**Palabras clave:** nacimiento prematuro, prematuro tardío, trastornos del neurodesarrollo, seguimiento.

### ABSTRACT

The WHO states that prematurity rates have increased mainly due to late preterm births. Since these babies are usually born with appropriate weight for their gestational age, their risk for morbidities such as neurodevelopmental delays, behavioral problems and organ systems immaturity are overlooked. Further, these clinical findings have an impact on short and long term outcomes (i.e., morbidities, mortality, and higher healthcare costs).

The aim of this publication is to discuss topics related to late-preterm newborns' health, including a holistic and interdisciplinary approach to follow up care.

**Key words:** premature birth, late preterm, neurodevelopmental disorders, follow-up.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.S88>

**Cómo citar:** Bossi L, Giúdice L, Bertani G, Fernández P, et al. Prematuridad tardía: recomendaciones para el seguimiento a largo plazo. *Arch Argent Pediatr* 2022; 120(6):S88-S94.

### INTRODUCCIÓN

En el año 2006 el Comité del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) revisó la evidencia de riesgo aumentado de los recién nacidos con edad gestacional 34-36<sup>+6</sup> semanas y como consecuencia cambió la definición previa de "cerca al término" por la de "prematuro tardío" (PTT). Aquella denominación inducía a suponer, en especial a los obstetras, que tenían pocas diferencias en la maduración, la morbilidad y la mortalidad con los nacidos de término.<sup>1</sup>

Se ha reportado que los nacidos entre las 32 y las 33<sup>+6</sup> semanas de gestación, denominados "prematuro moderado" (PTM), y los PTT constituyen el subgrupo más numeroso de nacimientos pretérmino y, por ejemplo en Estados Unidos, contribuyen al 80 % de los nacimientos antes de las 37 semanas de gestación.<sup>2,3</sup> Los PTM y los PTT constituyen alrededor del 6 % al 8 % de los nacidos vivos; es un grupo de riesgo intermedio de morbimortalidad entre los prematuros extremos y los nacidos de término, pero es 4 a 5 veces más numeroso que los menores de 32 semanas.<sup>4</sup>

El grupo PTT suele tener buen peso al nacer, lo que hace que no se perciba el nivel de riesgo. Alrededor del 55 % de los nacidos a las 35 semanas pesan más de 2500 g al nacer.<sup>2</sup>

Hay evidencia que muestra que tanto los PTM como los PTT se encuentran en riesgo de presentar un espectro de morbilidades del desarrollo y conductuales que se extienden desde la infancia hasta la edad adulta, especialmente en quienes

- a. Grupo de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo. Comité de Estudios Fetoneonatales, Sociedad Argentina de Pediatría.
- b. Área de Neonatología, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**Correspondencia:**  
Lucrecia Bossi:  
lucreciamariabossi@gmail.com

**Financiamiento:**  
Ninguno.

**Conflicto de intereses:**  
Ninguno que declarar.

**Recibido:** 24-5-2022  
**Aceptado:** 11-7-2022

requirieron cuidados intensivos neonatales.<sup>4,5</sup>

Palumbi *et al.* (2018) realizaron un estudio en el que mostraron la importancia de la vigilancia a largo plazo de los recién nacidos PTT y la necesidad de estudios longitudinales de grandes cohortes para obtener datos sobre los resultados del neurodesarrollo (ND) en esta población.<sup>6</sup>

Woythaler (2019) publicó una revisión sobre los resultados en ND de pacientes nacidos PTT hasta la adultez, basado en los reportes sobre el mayor riesgo de morbimortalidad de esta población. La revisión mostró que tienen mayor riesgo de alteración del desarrollo, fracaso escolar, problemas de conducta, déficits sociales, problemas clínicos y muerte.<sup>7,8</sup>

Por otra parte, también presentan inmadurez de diferentes órganos y sistemas, pueden tener dificultades en los primeros días de vida para alimentarse por presentar inmadurez en la coordinación succión-deglución-respiración.<sup>9,10</sup>

Un porcentaje egresa directamente con su madre en condiciones de adaptación incompleta presentando problemas relacionados con la hipoalimentación, descenso de peso mayor al esperado, hiperbilirrubinemia con requerimiento de luminoterapia y alteración de la termorregulación.<sup>11</sup> Es importante planificar el alta con un control precoz en el consultorio de pediatría, y seguimiento de crecimiento y desarrollo.

El riesgo de desarrollar enfermedades crónicas del adulto es mucho menor en este grupo que en el resto de los prematuros y solo es significativo para los que han sido pequeños para la edad gestacional (PEG). Sin embargo, puede existir impacto sobre el desempeño neurocognitivo que persiste hasta la adultez, especialmente entre quienes acceden a un nivel básico de educación, y ha sido asociado con riesgo de déficit en la memoria.<sup>12</sup>

#### PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

EL 80 % de los nacimientos prematuros ocurren entre las 32 y 36<sup>+6</sup> semanas de gestación;<sup>13</sup> es el grupo de recién nacidos (RN) con mayor incremento en los últimos años y alcanza hasta el 10 % de los nacidos vivos. Alrededor del 40 % al 50 % de ellos son hospitalizados.<sup>14</sup>

En los últimos años, se ha prestado cada vez más atención a los prematuros tardíos, ya que la proporción de ingresados en unidad de cuidado intensivo (UCIN) es significativa. Se ha reportado que los prematuros tardíos representan entre el 20 % y el 25 % de todos los ingresos a UCIN.<sup>15,16</sup>

En la Argentina, según los últimos datos actualizados, en el año 2020 nacieron vivos 533 299 niños/as de los cuales 39 087 fueron prematuros moderados y tardíos, lo que representó el 7,3 % de todos los RN y el 87 % de todos los prematuros.<sup>17</sup>

Los adelantos de la medicina perinatal generaron un aumento en la tasa de prematuridad en los últimos 25 años por el incremento de embarazos múltiples como resultado de fertilización asistida. Por otra parte, se ha observado, incluso en países desarrollados, el incremento en la frecuencia de cesáreas. Muchas instituciones privadas de nuestro medio tienen una tasa de cesáreas del 70 % o mayor.<sup>18</sup>

#### ATENCIÓN PERINATAL

En la atención perinatal, la regionalización es una estrategia de salud, cuya base está fundamentada en reducir la morbimortalidad materno-infantil.<sup>19,20</sup> Esta política organiza y coordina las instituciones de los distintos niveles a través de un proceso de categorización, con procedimientos de referencia, contrarreferencia y redistribución de los recursos humanos (*Tabla 1*). De esta manera, los partos de riesgo se realizarán en maternidades con una infraestructura de calidad y complejidad, que abarque todos los requerimientos del recién nacido y su familia.<sup>21</sup>

Debido al conocimiento sobre la vulnerabilidad del recién nacido PTT, se han incorporado cuidados que debieran permanecer estables incluso durante la pandemia por SARS-CoV-2. Un estudio realizado en España refleja que se ha limitado el acceso al parto y, en el caso de ingreso, se ha disminuido el contacto con la familia por la limitación de la entrada a las unidades neonatales; esto puede generar un estado de estrés emocional añadido a los padres y a los profesionales sanitarios.<sup>22</sup>

#### CONDICIONES MATERNAS ASOCIADAS AL NACIMIENTO PREMATURO TARDÍO

A pesar de las estrategias para reducir el nacimiento prematuro, aún persiste una tasa elevada de prematuridad debido a su vasta complejidad, ya que las causas más frecuentes de origen materno se relacionan con problemas o deficiencias de índole social, junto con causas relacionadas con las prácticas médicas antes y durante la gestación.<sup>23</sup>

Existen factores predisponentes que pueden generar nuevos nacimientos prematuros:

- Antecedentes de hijos nacidos prematuros.

- Abortos.
- Baja educación materna y nivel socioeconómico.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Embarazo múltiple.
- Infecciones, preeclampsia, diabetes.
- Desprendimiento prematuro de placenta.

Un embarazo de alto riesgo debe ser controlado, y el nacimiento recibido, en una institución con todas las herramientas para su atención o contemplar la derivación de la gestante a un centro de mayor complejidad (traslado *in utero*).

Si luego del nacimiento existe necesidad de derivación, el paciente debe encontrarse clínicamente estable antes de realizar el traslado intra- o extrahospitalario.<sup>24</sup>

Establecer una comunicación clara y efectiva entre los diferentes integrantes del equipo de salud y la familia demostró ser esencial para proporcionar atención médica de alta calidad, garantizar seguridad y confianza para el paciente y su familia.<sup>25</sup>

## CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO PREMATURO TARDÍO

Las complicaciones asociadas a la inmadurez pueden llegar a ser seis veces más frecuentes que en los recién nacidos de término (RNT) y aumentan a menor edad gestacional o si el paciente presenta factores de riesgo asociados.<sup>26</sup>

Presentan mayor necesidad de reanimación cardiopulmonar en sala de partos cuando se los compara con los RNT.<sup>27</sup> En la recepción de un parto prematuro, la anticipación, la preparación, la evaluación y el inicio inmediato son fundamentales para el éxito de la reanimación.<sup>24</sup>

## Sistema cardiorrespiratorio

La morbilidad respiratoria se debe a la inmadurez de la estructura pulmonar, a la debilidad muscular y al déficit de la concentración de surfactante, especialmente si no se administraron corticoides prenatales. Las cesáreas electivas, sin causas médicamente justificadas, son causales del aumento del síndrome de dificultad respiratoria.<sup>28</sup>

Las complicaciones respiratorias ocurren en un 10,5 % de los prematuros tardíos en comparación con un 1,1 % de los RNT; entre ellas: apnea, enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar persistente y neumonía.<sup>29</sup>

La inmadurez en el desarrollo neurológico y en el tronco encefálico, sumado al posible colapso de la vía aérea, genera un aumento en la tasa de episodios de hipoxemia intermitente, especialmente durante el sueño, con mayor riesgo de apnea (obstructiva y central) y síndrome de muerte súbita.<sup>30</sup>

## Hipotermia

La temperatura posnatal es un predictor de morbimortalidad y constituye un indicador

TABLA 1. Caracterización de las maternidades según niveles de complejidad

Niveles	Obstetricia	Neonatología	Profesionales para la atención del recién nacido
I	1. Ambulatorio: control de la embarazada. 2. Detección de riesgo obstétrico.	Control del recién nacido sano.	Pediatra. Médico de familia.
II	1. Embarazos de bajo riesgo. 2. Posibilidad de cesáreas. 3. NO terapia intensiva.	Recién nacido >35 semanas.	Pediatra. Médico de familia.
III A	1. Embarazos de alto riesgo. 2. Especialidades. 3. Terapia intensiva.	Recién nacido ≥32 semanas.	Pediatra con orientación en neonatología (con jefe/a neonatólogo). Neonatólogo.
III B	1. Embarazos de alto riesgo. 2. Especialidades. 3. Terapia intensiva.	Recién nacido <32 semanas.	Neonatólogo.

Modificado de: *Regionalización Perinatal en la Argentina: Barreras, Experiencias y Avances en el Proceso de Regionalización Perinatal*.<sup>20</sup>

de calidad de atención.<sup>31</sup> Se presenta por un desequilibrio entre la relación de la superficie corporal y la escasez de tejido adiposo que conlleva una pérdida del calor, junto con la inmadurez de la función hipotalámica termorreguladora.<sup>21</sup>

### Hipoglucemia

Se origina por los bajos depósitos de glucógeno, la pérdida del aporte de glucosa materna tras el nacimiento, la inmadurez hormonal y enzimática y las dificultades en la alimentación.<sup>32</sup>

### Alimentación

Presentan mayor somnolencia, menor fuerza muscular y dificultades en la coordinación succión-deglución-respiración, con una ingesta inadecuada; requieren apoyo y monitorización nutricional.<sup>33</sup> Estos factores pueden contribuir al riesgo de reingreso hospitalario por deshidratación, pobre ganancia ponderal e ictericia.

### Hiperbilirrubinemia

Existe mayor incidencia de ictericia prolongada, con un pico sérico más tardío y valores más elevados de bilirrubina indirecta, por inmadurez en las vías de conjugación de bilirrubina y un retraso en la circulación enterohepática.<sup>34</sup>

### Sistema inmunológico

Las líneas del sistema inmune se encuentran disminuidas en cantidad y calidad; existe déficit de inmunoglobulinas y complemento.<sup>10</sup>

### Sistema nervioso

En las últimas semanas de gestación, la superficie del cerebro evoluciona macro- y microscópicamente, con cambios en el volumen encefálico y mielinización.

Los diagnósticos de hemorragia intracraneal (HIC) y de leucomalacia periventricular pueden ser subregistrados debido a las bajas tasas de realización de imágenes ecográficas,<sup>35</sup> pero esas lesiones pueden dar origen a comorbilidades cognitivas, conductuales y emocionales que aparecen a largo plazo.<sup>36</sup>

### Retinopatía de la prematuridad (ROP)

La retinopatía de la prematuridad es la primera causa de disminución visual en la Argentina. Si bien la incidencia de ROP es inversamente

proporcional a la edad gestacional y al peso de nacimiento, en nuestro medio hay una elevada incidencia de casos inusuales, que ocurren en recién nacidos mayores a 32 semanas de edad gestacional, cuya retina se ve afectada por el exceso en la administración de oxígeno, hiperoxia, infecciones o transfusiones de hemoderivados. Los casos inusuales de ROP pueden ser evitados con controles oftalmológicos adecuados.<sup>37</sup>

### PREMATURO TARDÍO AL ALTA

El alta debe ser planificada identificando las patologías y/o los problemas adaptativos que requieran atención médica y/o interdisciplinaria, que en muchas ocasiones prolongan la internación. El egreso hospitalario debe otorgarse con estabilidad clínica y madurez fisiológica, que incluya termorregulación, estabilidad respiratoria y adecuada alimentación.

Aspectos que deben ser asegurados y completados antes del alta:

- 1) Estabilidad fisiológica y competencia para mantener la temperatura corporal a temperatura ambiente en cuna, vestido, durante la última semana.
- 2) Signos vitales estables.
- 3) Alimentación exclusiva con leche humana, salvo situaciones especiales.
- 4) Adecuada coordinación succión-deglución-respiración y técnica de lactancia.
- 5) En los PTT sin complicaciones, que egresan de internación conjunta (IC) dentro de las 48 a 72 horas del nacimiento, la pérdida de peso no debe ser superior al 7 % del peso del nacimiento en este período de tiempo. Aquellos que requirieron cuidados especiales en Neonatología deben presentar curva de crecimiento sostenido en la última semana (se sugiere un aumento igual o mayor de 15 g/día).<sup>38</sup>
- 6) Se recomienda la aplicación a los convivientes de las vacunas antigripal (durante el período de circulación viral) y triple bacteriana acelular.
- 7) Verificar que estén realizadas las pesquisas neonatales según leyes vigentes: Ley 26279 Régimen para la Detección y Posterior Tratamiento de Determinadas Patologías en el Recién Nacido, y Ley 25415 Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia.<sup>39</sup>
- 8) Evaluación cardiológica o realización de saturometría como pesquisa de cardiopatía congénita de acuerdo a la situación de cada paciente.<sup>40</sup>

- 9) Realizar el examen oftalmológico, según las recomendaciones de las Guías de ROP del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>37</sup>
- 10) Ecografía cerebral si se considera necesaria de acuerdo a la o las patologías o complicaciones durante su estancia en UCIN entre las 36 y las 40 semanas de edad posmenstrual.<sup>41</sup>
- 11) Entrevista con los cuidadores para evaluar el entorno familiar y social a fin de identificar posibles factores de riesgo y solicitar las interconsultas con psicología perinatal y/o servicio social. En caso necesario, se recomienda contactar y conectarse con redes sociales, barriales y familiares para su acompañamiento.
- 12) Entregar un resumen de historia clínica completo con los diagnósticos, las interconsultas realizadas y las pendientes, así como los insumos especiales que necesite antes de retirarse de la institución.
- 13) Tramitación de la inscripción del RN. Certificado de nacimiento.
- 14) Educación de los cuidadores en pautas de puericultura, higiene, prevención de las infecciones respiratorias. Informar a los padres sobre sueño seguro, restricción de visitas y salidas.<sup>42</sup>
- 15) Consejería sobre lactancia materna.
- 16) Recomendaciones sobre el traslado seguro en automóviles.<sup>43</sup>
- 17) Realización del curso de reanimación cardiopulmonar (RCP) para padres y cuidadores.<sup>44</sup>
- 18) Control luego del alta precoz (48-72 horas) programado con el pediatra de atención primaria y de ser necesario con el Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo.<sup>45</sup>

Estas estrategias en el proceso del alta contribuyen a descender el riesgo de hospitalización luego del alta y fortalecen a las familias.

## SEGUIMIENTO DE PREMATUROS TARDÍOS

Escenarios clínicos por considerar:

- 1) RN sin patología, en internación conjunta con su madre, en observación, con funciones adecuadas y que egresa sin complicaciones.
- 2) RN con inmadurez que permanece en cuidados intermedios.
- 3) RN que presenta patología de cualquier tipo que motiva su ingreso en UCIN, se transforma entonces en recién nacido de alto riesgo

(RNAR), que luego deberá cumplir con los protocolos para esta categoría.

- 4) RN que egresó sin problemas y reingresa dentro del período neonatal por alguna complicación.

En el primer caso, se debe tener en cuenta que el pediatra de cabecera de atención primaria puede llevar adelante el control, teniendo presente el antecedente de prematuridad y los riesgos potenciales. Realizar los controles protocolizados de audición, oftalmología, crecimiento y desarrollo.<sup>46</sup>

En el segundo escenario, se deben brindar pautas de alarma, programar el control precoz (48-72 horas del egreso) y nunca más allá de la semana luego del alta.

Tanto en el tercer como en el cuarto escenario, al igual que en el seguimiento de otros grupos de riesgo neonatal, es recomendable la asistencia con un pediatra de cabecera para la patología aguda, el control protocolizado y la coordinación con la atención especializada del tercer nivel.<sup>47,48</sup>

## ÁREAS DE EVALUACIÓN ESPECIAL

- 1) Neurodesarrollo: en una revisión publicada por la Dra. Betty Vohr, se resalta la necesidad de evaluar los resultados cognitivo-conductuales en niños PTM o PTT, dado que ya se ha reconocido el riesgo aumentado de presentar morbilidad del desarrollo a largo plazo.<sup>2</sup> Esta vulnerabilidad aumenta en aquellos que requirieron cuidado intensivo neonatal. Los datos de riesgo aumentado de morbilidades de conducta y psiquiátricas son de particular preocupación.<sup>7,12</sup>

Se recomienda continuar con evaluaciones cognitivas antes del ingreso escolar y mantener vigilancia conductual y del aprendizaje.<sup>8</sup>

- 2) Sensorial: es importante tener en cuenta que tanto la visión como la audición deben ser evaluadas acorde al protocolo que indiquen los especialistas y según el grado de riesgo.<sup>39</sup> Lo mismo con respecto a la capacidad de comunicación y signos de alarma en el desarrollo del lenguaje.<sup>49</sup>

- 3) Nutrición y crecimiento: es recomendable hacer una vigilancia estrecha, consejería sobre lactancia materna y evaluar la presencia de dificultades en la capacidad de succión-deglución-respiración. Se recomienda la citación precoz luego del alta para evaluar la situación nutricional.

La leche humana es el alimento ideal para todo recién nacido, pero el establecimiento de

la lactancia puede requerir mayor soporte por parte del equipo de salud. La somnolencia y la menor fuerza muscular interfieren en el agarre al pecho materno, prolongando el tiempo de alimentación con intervalos cortos entre cada toma. Las dificultades en la lactancia se han identificado como la primera causa de retraso en el egreso hospitalario y de reingreso.<sup>36</sup>

A los seis meses corregidos, se recomienda incorporar la alimentación complementaria, teniendo en cuenta estado nutricional, requerimientos y desarrollo de habilidades para la alimentación. Debido a la relación del patrón de crecimiento con resultados adversos a largo plazo, es prioritario el control de la ganancia de peso, talla y perímetro cefálico.

El exceso de ganancia de peso está asociado con enfermedades de la vida adulta y se ha mostrado que el crecimiento deficitario se asocia con pobre desarrollo neuropsicológico. Se recomienda monitorear el crecimiento con curvas de peso, talla y perímetro cefálico que deberán seguir una curva paralela a los percentiles correspondientes a su edad. De esta manera se vigilará que el crecimiento sea armónico y que no se produzca acumulación de grasa.<sup>50</sup>

## CONCLUSIÓN

La población de PTT representa el mayor porcentaje de todos los nacimientos prematuros. Fueron considerados durante muchos años como recién nacidos a término desconociendo su diferente evolución a medio y largo plazo.

La inmadurez de algunos órganos y sistemas en este grupo de pacientes hace que presenten mayor morbilidad neonatal y mayores tasas de reingreso hospitalario cuando se los compara con nacidos a término.

Es importante sensibilizar al equipo de salud sobre sus posibles riesgos y secuelas, realizar evaluaciones para detectar de manera precoz los déficits en el desarrollo, intervenciones necesarias en el seguimiento y coordinar la atención interdisciplinaria.

## REFERENCIAS

1. Raju TNK, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. 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. *Pediatrics*. 2006; 118(3):1207-14.
2. Vohr B. Long-term outcomes of moderately preterm, late preterm, and early term infants. *Clin Perinatol*. 2013; 40(4):739-51.
3. Ceriani Cernadas JM. El notable y significativo aumento de los embarazos múltiples y sus desfavorables consecuencias. *Arch Argent Pediatr*. 2011; 109(3):194-5.
4. Ceriani Cernadas JM. Prematuros tardíos, un creciente desafío a corto y largo plazo. *Arch Argent Pediatr*. 2015; 113(6):482-4.
5. Ares Segura S, Díaz González C. Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII(6):344-55.
6. Palumbi R, Peschechera A, Margari M, Craig F, et al. Neurodevelopmental and emotional-behavioral outcomes in late-preterm infants: An observational descriptive case study. *BMC Pediatr*. 2018; 18(1):318.
7. Woythaler M. Neurodevelopmental outcomes of the late preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019; 24(1):54-9.
8. Faleschini S, Matte-Gagné C, Côté S, Tremblay RE, Boivin M. Trajectories of behavioral problems among moderate-late preterm children from 4 to 10 years: A prospective population-based study. *Early Hum Dev*. 2020; 143:104964.
9. De Mul A, Parvex P, Wilhelm-Bals A, Saint-Faust M. Renal follow-up in pediatric practice after discharge from neonatology units: about a survey. *Eur J Pediatr*. 2020; 179(11):1721-7.
10. Martín Peinador Y, Soriano Faura J, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, et al. El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII(3):128-37.
11. Chile. Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología. 2017. [Acceso: 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Norma-194-Atenci%C3%B3n-del-Recien-Nacido.Versi%C3%B3n-WEB.pdf>
12. Heinonen K, Eriksson JG, Lahti J, Kajantie E, et al. Late preterm birth and neurocognitive performance in late adulthood: a birth cohort study. *Pediatrics*. 2015; 135(4):e818-25.
13. Argentina. Ministerio de Salud. Recepción, Estabilización, Traslado y Admisión en la Unidad Neonatal: Recomendaciones y Lineamientos Prácticos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2019. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-09/atencion-prematuros-1.pdf>
14. Sepúlveda MÁ, Kobrich SS, Guiñez GR, Hasbun HJ. Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(2):154-8.
15. McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early childhood development of late-preterm infants: a systematic review. *Pediatrics*. 2011; 127(6):1111-24.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Wonder. Natality, 2016-2020. U.S. Department of Health & Human Services. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://wonder.cdc.gov/controller/datarequest/D149>
17. Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica Argentina - Año 2020. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022;5(64). [Acceso: 19 de enero de 2022]. Disponible en: [https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/serie5numero64\\_web.pdf](https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf)
18. Ceriani Cernadas JM. La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(2):66-7.
19. De Mucio B, Fescina R, Schwarcz A, Garibaldi M, Méndez Valdemarín G. Regionalización de la atención perinatal. Buenos Aires; MINSAL/OPS/OMS; 2011. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000000176cnt-n02-regionalizacion.pdf>
20. Argentina. Ministerio de Salud. Regionalización de la

- atención perinatal en la Argentina: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal. Buenos Aires; 2018. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001280cnt-regionalizacion-2018.pdf>
21. Larguía A, González M, Solana C, Basualdo M, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo. 2da ed. Buenos Aires: UNICEF; 2012. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf>
  22. Martínez-Nadal S, García Reymundo M, Ginovart G, Anquela I, Hurtado JA. Cuidados perinatales del prematuro moderado y tardío en España: Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2. *An Pediatr (Barc)*. 2022; 97(1):67-8.
  23. Ceriani Cernadas J. Prematuro Tardío: Un Desafío Creciente. En PRONEO. Programa de Neonatología a distancia. Buenos Aires: Hospital Italiano; 2017. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://temasdeenfermeria.com.ar/2017/10/programa-de-neonatologia-a-distancia-fundacion-carlos-gianantonio-hospital-italiano-de-buenos-aires-inscripcion-abierta/>
  24. Área de Trabajo de Reanimación Neonatal, Comité de Estudios Feto-neonatales. Actualización en reanimación cardiopulmonar neonatal. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 116(Suppl 3):s59-70.
  25. Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2011; 9(3):167-74.
  26. Valdés Vázquez NO, Valdés López A, García Robledo JF. Morbimortalidad del recién nacido prematuro tardío. *Arch Inv Mat Inf*. 2015; 7(2):69-76.
  27. Argentina. Ley 25929: Parto Humanizado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación; 2018. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25929\\_parto\\_humanizado\\_decreto\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf)
  28. Jonguitud Aguilar A. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. *Ginecol Obs Mex*. 2011; 79(4):206-13.
  29. Sotomayor V, Ramirez L, Lacarruba J, Mir R, et al. Estudio comparativo de morbilidad del prematuro tardío y el recién nacido de término: Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay. *Pediatr (Asunción)*. 2017; 44(2):104-10.
  30. Jenik A, Rocca Rivarola M, Grad E, Machado Rea E, Rosato N. Recomendación para disminuir el riesgo de colapso súbito e inesperado posnatal. *Arch Argent Pediatr*. 2020; 118(3):S107-17.
  31. Meyer MP, Hou D, Ishrar NN, Dito I, Te Pas AB. Initial respiratory support with cold, dry gas versus heated humidified gas and admission temperature of preterm infants. *J Pediatr*. 2015; 166(2):245-50.e1.
  32. Comité de Estudios Feto-Neonatales. Hipoglucemia neonatal: revisión de las prácticas habituales. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(Suppl 5):S195-204.
  33. McGowan EC, Vohr BR. Neurodevelopmental Follow-up of Preterm Infants: What Is New? *Pediatr Clin North Am*. 2019; 66(2):509-23.
  34. Comité Nacional de Hepatología Pediátrica. Consenso de hiperbilirrubinemia del primer trimestre de la vida. *Arch Argent Pediatr*. 2020; 118(1):S12-49.
  35. Martínez Morga M, Martínez Pérez S. Desarrollo y plasticidad del cerebro. *Rev Neurol*. 2016; 62(Suppl 1):s3-8.
  36. García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019; 90(5):318.e1-8.
  37. Grupo ROP Argentina. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP). Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2016. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000723cnt-guia-rop-2016.pdf>
  38. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C, Committee on Fetus and Newborn, et al. "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics*. 2007; 120(6):1390-401.
  39. Liceda M, Taglialegne N, Neustadt N, Camareri B, et al. Pesquisa Neonatal Auditiva. Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas. Buenos Aires: MINSAL; 2014. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000512cnt-pesquisa-auditiva.pdf>
  40. Speranza A, Quiroga A, Avila A, Fernández P, et al. Detección de Cardiopatías Congénitas por Oximetría de Pulso en recién nacidos asintomático. Buenos Aires: MINSAL; 2015. [Acceso: 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000726cnt-deteccion-cardiopatias.pdf>
  41. Programa de Seguimiento de Prematuros H.M.I. Sardá. Programa de Seguimiento de Prematuros: Claves en la Promoción de la Salud a Largo Plazo de los Niños Nacidos Prematuros. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá; 2016. [Acceso: 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://www.sarda.org.ar/images/Programa\\_de\\_Seguimiento\\_de\\_Prematuros.pdf](https://www.sarda.org.ar/images/Programa_de_Seguimiento_de_Prematuros.pdf)
  42. Sociedad Argentina de Pediatría Comunitaria. El sueño seguro del bebé. 2015. [Acceso: 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://comunidad.sap.org.ar/index.php/2015/07/24/el-sueno-seguro-del-bebe/>
  43. Navarro LD. ¿Qué deben saber los pediatras sobre las sillitas para autos? Sistemas de retención infantil para automóviles. *Arch Argent Pediatr*. 2013; 111(3):247-50.
  44. Enríquez D, Castro A, Rabasa C, Capelli C, et al. Cursos de reanimación cardiopulmonar básicos para padres de recién nacidos y lactantes. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(2):192-7.
  45. Grupo de Trabajo de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo, Comité de Estudios Feto-neonatales. Recomendación para el proceso del alta hospitalaria en pacientes recién nacidos de alto riesgo. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 116(Suppl 4):S77-81.
  46. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86(5):289.e1-6.
  47. Hurtado Suazo JA, García Reymundo M, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, et al. Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(5):327.e1-7.
  48. Phillips RM, Goldstein M, Hougland K, Nandyal R, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol*. 2013; 33(Suppl 2):S5-22.
  49. Argentina. Ministerio de Salud. Manual de Procedimientos Hipoacusia Prelingual. Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de La Hipoacusia. [Acceso: 13 de julio de 2022]. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000233cnt-manual\\_de\\_procedimientos\\_diagnosticos\\_en\\_hipoacusia.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000233cnt-manual_de_procedimientos_diagnosticos_en_hipoacusia.pdf)
  50. Subcomisión DOHaD – Origen de la Salud y Enfermedad en el Curso de la Vida. Concepto de Developmental Origins of Health and Disease: El ambiente en los primeros mil días de vida y su asociación con las enfermedades no transmisibles. *Arch Argent Pediatr*. 2020; 118(4):s118-29.