

Editorial

EL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO Y SUS RIESGOS LATE-PRETERM NEWBORN AND ASSOCIATED RISKS

Luz Angela Rozo

*Pediatra, neonatóloga. Jefe Unidad de recién nacidos. Clínica Reina Sofía
DOI: <https://doi.org/10.26852/01234250.13>*

S

e considera prematuro tardío a aquellos recién nacidos entre las 34.0 y 36.6 semanas de gestación (SDG), basándose en la consideración de que la semana 34 marca la fecha límite recomendada para la administración de corticoides prenatales y en el reconocimiento de que la morbimortalidad de estos pacientes es significativamente mayor que en los recién nacidos a término (1,2). Ya en el año 2005 después del Taller sobre “Optimización de la atención”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como “Prematuro Tardío”

a los nacidos entre las 34 semanas 0 días (239 días) y 36 semanas 7 días (259 días) después del inicio del último periodo menstrual. La incidencia de esta condición ha aumentado en los últimos años entre un 15,7%, y 17,1%, correspondiendo a 1.341 niños prematuros tardíos. Estadísticas actuales estiman que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 SDG) y esa cifra sigue aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y costo-eficaces.

Existe abundante literatura que documenta un aumento significativo de la morbimortalidad entre las 34 y 37 SDG pero se observa una infravaloración de su importancia debido a que la supervivencia de estos niños es la regla y las complicaciones

a largo plazo son menores que a mayor prematuridad; debido a esto, se los considera habitualmente como un grupo de bajo riesgo. Los prematuros tardíos son fisiológicamente y metabólicamente inmaduros, tienen una capacidad de respuesta compensadora limitada frente a los cambios extrauterinos en comparación con el nacimiento a término, lo que determina un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad (1, 2). Dado que estos prematuros representan alrededor del 70 al 75% de todos los casos, contribuyen sustancialmente a la mortalidad neonatal e infantil (3,4). Los prematuros tardíos presentan cuatro veces más probabilidades de ser diagnosticados por lo menos una condición médica y 3.5 más veces de tener dos o más condiciones diagnosticadas (5,6).

Las causas de la incidencia creciente de niños prematuros tardíos no están del todo claras; un posible factor es el aumento progresivo de cesáreas e inducciones, asociado a una tendencia obstétrica a efectuar estas intervenciones a edades gestacionales más tempranas. Otras razones son el empleo sistemático de técnicas diagnósticas fetales que conducen a una mayor intervención médica durante el embarazo, el auge de embarazos múltiples, la epidemia de obesidad en embarazadas que ha generado niños macrosómicos inmaduros y finalmente, la prematuridad relacionada con indicaciones y cesáreas fundamentalmente en cálculos de la edad gestacional (7).

Aunque el síndrome de aspiración de meconio es menos común en los prematuros tardíos, otras formas de enfermedad respiratoria son la taquipnea transitoria, la enfermedad de membrana hialina, neumonía y la hipertensión pulmonar se presentan con mayor frecuencia (7). Presentan también un riesgo elevado de hipotermia e hipoglicemia temprana como resultado de la inmadurez y de la falla de una adecuada transición a la vida extrauterina. Estos trastornos pueden potencialmente empeorar un trastorno respiratorio preexistente. Durante el estrés por frío que sigue al nacimiento, la hipotermia se experimenta con mayor frecuencia en los recién nacidos prematuros que en los recién nacidos a término debido a una menor capacidad para generar

calor adiposo marrón y menor depósitos de grasa blanca para el aislamiento del frío (6).

La apnea ocurre con más frecuencia entre los prematuros tardíos que en los neonatos a término; su incidencia está reportada entre un 4 y 7%, comparada con menos del 2% en los recién nacidos a término. En estos pacientes, la predisposición a la apnea aparentemente está asociada a un incremento en la susceptibilidad a la depresión respiratoria por hipoxia, la quimio sensibilidad disminuida al dióxido de carbono, a la inmadurez de los receptores irritantes pulmonares, a una sensibilidad incrementada de la inhibición respiratoria ante el estímulo laríngeo y a una disminución del tono muscular dilatador de la vía aérea superior (8). A nivel cardiovascular, en los prematuros tardíos se cree que la inmadurez estructural y funcional restringe la reserva cardiaca disponible para los momentos de estrés. La función cardiovascular inmadura también puede complicar la recuperación del prematuro tardío con dificultad respiratoria debido al retraso en el cierre del conducto arterioso e hipertensión pulmonar (8). La hipoglucemia puede afectar a los recién nacidos de todas las edades, debido a una respuesta metabólica insuficiente a la pérdida súbita del aporte materno de glucosa antes del nacimiento (8,9). La ictericia y la hiperbilirrubinemia ocurren con más frecuencia y tienen mayor duración entre los prematuros tardíos debido a retraso en la maduración y una menor concentración de glucuroniltransferasa. Estos prematuros tienen dos veces más probabilidad de presentar elevación de la bilirrubina en la primera semana después del nacimiento (3,4,10). También, tienen una función gastrointestinal inmadura con dificultad para la alimentación, lo que predispone a un incremento de la circulación entero-hepática, disminución en la frecuencia de las evacuaciones, deshidratación e hiperbilirrubinemia. Las dificultades de alimentación están asociadas con el tono oro motor relativamente disminuido, lo que lleva a tener problemas en la alimentación por cansancio en succión, asociado a bajo aporte y poca ganancia de peso. También, pueden encontrarse problemas en la coordinación succión-deglución

ocasionando episodios de atoramiento, vómito y cianosis lo que lleva a los padres a consultar a los servicios de urgencias con esta sintomatología, requiriendo manejo por terapia del lenguaje y terapia física, suplencia de oxígeno por desaturación y algunos incluso con cuadros de apnea/ BRUE (breve evento inexplicable resuelto) que deben ser estudiados (11,12). Por otra parte, también se ha descrito que el trastorno de déficit de atención es de 1,7 veces más frecuente en los prematuros tardíos que en los recién nacidos a término.

Todas estas observaciones han llevado a poner mayor atención en conocer la morbimortalidad, los costos del cuidado de su salud, estancia hospitalaria y la readmisión hospitalaria entre este grupo de neonatos. Motivan al personal de salud a estar más alertas en el manejo de estos pacientes al nacer, en la vigilancia del proceso de adaptación y en las recomendaciones al egreso para la familia, tomando en cuenta estos riesgos. Se destaca la importancia del control en consulta externa, plan canguro y señalar en forma clara las recomendaciones de

cuidado a los padres con énfasis en el reconocimiento de los distintos aspectos de la morbilidad a la que están sujetos y en el seguimiento por programas especiales con personal entrenado.

Los prematuros tardíos no han sido estudiados suficientemente, y la comprensión de la biología del desarrollo y mecanismos de enfermedad en estos pacientes es incompleta. Las estrategias de su manejo están basadas en principios generales, experiencia clínica y en extrapolar el conocimiento de aquellos muy prematuros y los recién nacidos a término. No deben ser considerados como neonatos casi maduros, antes bien, ameritan una vigilancia estricta desde el momento del nacimiento y seguimiento en búsqueda de complicaciones potencialmente letales. Este grupo de pacientes tienen mayor susceptibilidad a presentar problemas relacionados con la transición retardada y la inmadurez comparados con los neonatos a término, por lo tanto, requieren de un manejo diferente y adecuado a su edad gestacional.

REFERENCIAS.

1. Demestre X, Raspall F, Martínez S, Vila C, Elizaari M, Sala P. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. *Ann Pediatr.* 2009;71(4):291-8.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Age terminology during the perinatal period. *Pediatrics.* 2004;114(5):1362-4
3. Raju T, Higgins R, Stark A, Leveno K. 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.
4. Engle W., Tomashek K., Wallman C. Committee fetus and new born. "Late-preterm" Infants: A population at risk. *Pediatrics* 2007;120(6):1390-8.
5. Raju T. Epidemiology of late preterm (near-term) births. *Clin Perinatol.* 2006;33(4): 751-63.
6. Bastek J, Sammel M, Paré E, Srinivas S, Posencheg M, Elovitz M. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(4):367.e1-8.
7. Carrie K., Kay M. Effect of Late-Preterm Birth and Maternal Medical Conditions on Newborn Morbidity Risk. *Pediatrics.* 2008;121(2):e223-e232
8. Young P., Glasgow T., Li X, Guest-Warnick G, Stoddard G. Mortality of late-preterm (near-term) newborns in Utah. *Pediatrics.*2007;119(3):e659-65.
9. Shapiro-Mendoza C., Tomashek K., Kotelchunck M., Barfield W., Nannini A., Weiss J. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics.* 2008;121(2): e223-32.
10. Bhutani K, Johnson L. Kernicterus in late preterm infants cared for as term healthy infants. *Seminars in Perinatology.* 2006;30(2):89-97
11. Shapiro-M C. Infants born late preterm: epidemiology, trends, and morbidity risk. *NeoReviews* 2009;10(6):e287-e294.
12. Engle W. Infants Born Late Preterm: Definition, Physiologic and Metabolic Immaturity. *NeoReviews* 2009;10(6):e280-e286
13. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. [Internet]. World Health Organization. 2015 [citado 24 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/?sequence=1>