

## Prematuros tardíos, los “olvidados”. Una visión personal

Late preterm, the “forgotten” infants.  
A personal perspective

Xavier Demestre<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría-Neonatología. SCIAS. Hospital de Barcelona. Barcelona. España



He sido testigo, en las últimas décadas, del progreso de los cuidados intensivos neonatales. Con la aplicación del CPAP diseñado por Gregory en 1971 y la adaptación e innovación de la maquinaria para la ventilación asistida a los recién nacidos se inició un espectacular incremento de la supervivencia entre aquellos que presentaban graves problemas de insuficiencia respiratoria, esencialmente los grandes prematuros.

Los múltiples avances hicieron creer a los neonatólogos que eran capaces de superar todos los problemas y se volcaron en las atenciones a esta población de prematuros extremos. ¿Y qué pasó con los “menos prematuros”, los mal llamados cercanos a término? Pues que se olvidaron, a pesar de ser los precedentes en el camino emprendido. Este grupo de niños representa el 70% del total de prematuros y es el principal responsable del incremento de la prematuridad<sup>1</sup>. Nacidos entre las 34<sup>o</sup> y 36<sup>o</sup> semanas de gestación, actualmente se les denomina prematuros tardíos<sup>2</sup> (PT) y han sido reconocidos, por fin, como una población con mayor riesgo de morbilidad neonatal comparada con los nacidos a término. Además de problemas respiratorios tienen un mayor riesgo de presentar inestabilidad térmica, pérdida excesiva de peso y deshidratación, sepsis, hipoglucemia e ictericia que requiere fototerapia. Y el riesgo de mortalidad neonatal es 3 veces superior al de los nacidos a término<sup>3</sup>. En la tabla 1 se muestra la definición actual de las categorías por edad gestacional<sup>1</sup>.

Los estudios que se han ido elaborando han mostrado también el riesgo potencial de presentar mayor número de complicaciones en su desarrollo neurológico. Es evidente que el riesgo es menor que en los grandes prematuros, pero es superior al que presentan los nacidos a término. Si es cierto que no existen protocolos de atención al prematuro tardío en el período neonatal, todavía lo es más si tenemos en cuenta que esta población está controlada posteriormente, en su inmensa mayoría, por el pediatra de atención primaria o, en determinados ámbitos, por el médico de familia o profesional de enfermería en Atención Primaria de Salud, sin contar con guías clínicas que alerten de sus riesgos específicos.

Numerosos trabajos en las revistas pediátricas de impacto destacan que, comparado con niños sanos

**Tabla 1. Definición de las categorías de nacimiento por edad gestacional**

Prematuro	< 37 semanas
Prematuro extremo	< 28 <sup>o</sup> semanas
Gran prematuro	28 <sup>o</sup> a 31 <sup>o</sup> semanas
Prematuro moderado	32 a 33 <sup>o</sup> semanas
Prematuro tardío	34 <sup>o</sup> a 36 <sup>o</sup> semanas
A término	37 <sup>o</sup> a 41 <sup>o</sup> semanas
A término precoz	37 <sup>o</sup> a 38 <sup>o</sup> semanas
A término tardío	39 <sup>o</sup> a 41 <sup>o</sup> semanas
Posttérmino	42 <sup>o</sup> o más semanas

Correspondencia:  
Xavier Demestre  
xavierdemestre@gmail.com

nacidos a término, los PT tendrían cerca del doble de riesgo de presentar dificultades en su desarrollo neurológico, con menor rendimiento en el área de la comunicación, desarrollo cognitivo, aprendizaje y conducta, e incluso trastornos psiquiátricos en la edad adulta<sup>4,5</sup>.

Se están realizando en Chile y en España estudios basados en el seguimiento del prematuro tardío, con el objetivo de detectar las dificultades en el desarrollo, explorar métodos útiles para su detección precoz y destacar, dentro de esta población, aquellos que requieren mayores cuidados o un seguimiento más estrecho<sup>6,7</sup>.

Diez años después de que se creara la alerta respecto a la vulnerabilidad de los PT, se ha logrado tomar conciencia respecto al riesgo que concentra este grupo de niños, lo que se ha visto reflejado en el gran número de artículos publicados en relación a esta población<sup>8</sup>. En dicho período la tasa de prematuridad tardía e intervención obstétrica, descendió levemente en USA<sup>9,10</sup>. No obstante aún quedan desafíos pendientes. Rebeca Rose y William Engle<sup>1</sup> resumen cuales serían las claves para la reducción de la prematuridad tardía: prevenir y reducir los embarazos de riesgo, evitar los partos prematuros no indicados médicamente y considerar algunos procedimientos de prevención de morbilidad perinatal como la administración de corticoides antenatales, traslado de las embarazadas de riesgo a centros de mayor capacidad operativa y la implementación de nuevos protocolos obstétricos para valorar la finalización de la gestación antes de término, sin incrementar la mortalidad materno-infantil.

Debe advertirse a los pediatras de la importancia de un atento control neonatal y seguimiento postnatal para esta población. Definir conductas en relación al cuidado del recién nacido y, en cuanto a su desarrollo, diseñar estudios de cohorte a largo plazo para conocer el real impacto en esta población de prematuros, identificar los grupos de mayor riesgo y evaluar el beneficio de los programas de intervención, si los hubiera, tal y como se ha demostrado en los prematuros extremos<sup>2</sup>.

El exceso de trabajo asistencial dificulta a los pediatras de atención primaria el aplicar técnicas sofisticadas que requieren tiempo y especialistas para su implementación. Es por ello que la investigación clínica persigue el objetivo de validar cuestionarios de cribado que posean el mayor nivel de sensibilidad y especificidad para proporcionarles una herramienta valiosa para la detección precoz de riesgo de dificultades en el desarrollo<sup>11,12</sup>.

En España, en 2011, la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) creó el grupo de trabajo SEN34-36/ACUNA que tiene como objetivo disponer de una base de datos perinatales de esta población y proporcionar un programa de seguimiento uniforme hasta los 6 años. En él participan activamente 45 hospitales españoles,

de todos los niveles asistenciales, con datos de más de 10.000 prematuros tardíos registrados. La página *web* permite acceder a los pediatras interesados para su uso en el seguimiento integral de estos niños. Está próxima la publicación del análisis de los datos recogidos.

El ejercicio de la Medicina impulsa a todo profesional a ejercer la investigación, en la medida ajustada a su ámbito de trabajo. El gran prestigio de la investigación básica o de laboratorio ha relegado, en cierta manera, al anonimato a los investigadores clínicos. Éstos, a partir de la experiencia y observación diaria, desarrollan avances a pequeña escala pero que, sumados todos ellos, proporcionan grandes beneficios en la práctica médica.

La evolución social y tecnológica ha ocasionado que el ejercicio de la medicina deje de ser individual. Antaño, grandes figuras representaban el máximo saber y creaban escuela. Actualmente, los equipos de las grandes instalaciones sanitarias son los referentes científicos y asistenciales. No pertenecer a ellas, con grandes volúmenes de pacientes e instalaciones de máximo nivel, convierte a los centros sanitarios de menor volumen o de atención primaria en lugares secundarios desde el punto de vista investigador. Y nada más erróneo. La inquietud individual junto a la necesidad de comunicar las experiencias personales o de grupo son el acicate a buscar mejoría en nuestras prácticas diarias. La colaboración entre centros de distintos niveles asistenciales y de atención primaria es esencial para obtener óptimos resultados. La capacidad de observación, autocrítica y labor de equipo forman parte esencial del avance en los conocimientos. Para incrementar nuestro saber no es cuestión de asistir a muchos pacientes, sino de hacerlo de forma excelente en cada uno de ellos.

Actualmente, el apoyo de la tecnología informática y de las redes sociales, nos permite disponer de una biblioteca universal al alcance de la mano y la posibilidad de contactar con profesionales alejados físicamente y con intereses comunes. La recolección de datos y el manejo de toda esa información proporciona una base sólida para la investigación clínica. Esa constelación de posibilidades tecnológicas y de comunicación, el carácter generoso de aquellos profesionales que saben compartir su saber y el objetivo común para conseguir mejorar la evolución de nuestros pequeños pacientes es lo que consigue los mejores resultados.

Es sorprendente el enorme esfuerzo empleado en nuestra profesión para alcanzar unos resultados que, en su globalidad, son en parte discutibles. Se han dedicado muchas horas y recursos en trabajo e investigación que no todos han llevado a buen fin, e incluso han conducido a resultados erróneos. No por mala voluntad sino por falta de autocrítica y por confiar quizás demasiado en las matemáticas. La labor del médico, en el pleno sentido de su ejercicio profesional al que está

obligado, debe considerar como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de sus semejantes. La prevención de la enfermedad y la comprensión hacia el que la sufre deberían ocupar el primer nivel de dedi-

cación y observación. Por difícil que parezca, debemos abandonar la prepotencia, aumentar la humildad y acrecentar nuestra capacidad de contacto con la realidad, con aquellos que más nos necesitan.

## Referencias

- Rose R, Engle WA. Optimizing care and outcomes for late preterm neonates. *Curr Treat Options Peds*. 2017 DOI 10.1007/s40746-017-0074-z
- Raju TN, 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: 1207-14.
- Demestre-Guasch X, Raspall F, Martínez-Nadal S, Vila C, Elizari MJ, Sala P. Prematuros tardíos: Una población de riesgo infravalorada. *An Pediatr (Barc)* 2009;71:291-8.
- McGowan JE, Alderdice FA, Holmes VA, Johnston L. Early childhood development of late-preterm infants: a systematic review. *Pediatrics* 2011;127(6): 1111-24.
- Heinonen K, Eriksson JG, Lahti J, et al. Late preterm birth and neurocognitive performance in late adulthood: a birth cohort study. *Pediatrics*. 2015;135(4):e818-25.
- Schonhaut L, Pérez M, Muñoz S. Association between neonatal morbidity, gestational age and developmental delays in moderate to late preterm children. *Rev Chil Pediatr* 2015; 86: 415-25.
- Demestre X, Schonhaut L, Morillas J, et al. Riesgo de déficits en el desarrollo en los prematuros tardíos: evaluación a los 48 meses mediante Ages & Stages Questionnaires®. *An Pediatr (Barc)* 2016;84:39-45.
- Raju TNK. The "Late Preterm" Birth-Ten Years Later. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20163331.
- Gyamfi-Bannerman C. Late preterm birth: management dilemmas. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2012;39(1):35-45.
- Richards JL, Kramer MS, Deb-Rinker P, et al. Temporal trends in late preterm and early term birth rates in 6 high-income countries in North America and Europe and association with clinician-initiated obstetric interventions. *JAMA* 2016;316(4):410-9.
- Flamant C, Branger B, Nguyen The Tich S, et al. Parent-completed developmental screening in premature children: A valid tool for follow-up programs. *PLoS One* 2011;6(5):e20004.
- Schonhaut L, Armijo I, Pérez M. Gestational age and developmental risk in moderately and late preterm and early term infants. *Pediatrics* 2015;135:e835-41.