

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización del neonato pretérmino tardío y a término precoz

Ana María Mederos Herrera^{1*} 

¹Hospital Provincial Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Ana María Mederos Herrera. anamederos94@gmail.com

Recibido: 13/11/2022 - Aprobado: 16/03/2023

RESUMEN

Introducción: la prematuridad es la primera causa de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil y evidencia complicaciones, tanto en los neonatos a término precoces como los pretérmino tardío.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de los neonatos pretérmino tardíos y a término precoces atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales” durante el período de enero a diciembre de 2019.

Métodos: se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal desde enero a diciembre de 2019; la población quedó conformada por 519 neonatos.

Resultados: predominaron en ambos grupos las edades maternas entre los 18 y los 34 años de edad y sobresalieron las edades extremas en el grupo a término precoz respecto al pretérmino tardío. La morbilidad neonatal con mayor frecuencia en ambos fue la ictericia, el íctero fisiológico agravado por prematuridad, en el grupo pretérmino tardío y por trastornos metabólicos en los a término precoces.

Conclusiones: el grupo a término precoz predominó sobre el pretérmino tardío. El género masculino y el bajo peso fueron más frecuentes en los pretérmino tardíos y el género femenino y el normopeso en los a término precoces y cerca de la totalidad de los recién nacidos estaban vivos al alta médica.

Palabras clave: pretérmino tardío; a término precoz; morbilidad neonatal

ABSTRACT

Introduction: prematurity is the first cause of neonatal and infant morbidity and mortality and shows complications, both in early term and late preterm neonates.

Objective: to characterize the behavior of late preterm and early term neonates assisted at the Neonatology Service of the Mariana Grajales University Hospital of Gynecology and Obstetrics during the period from January to December 2019.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional research was carried out from January to December 2019; the population consisted of 519 neonates.

Results: maternal ages between 18 and 34 years of age predominated in both groups and the extreme ages in the early term group with respect to the late preterm group

stood out. The most frequent neonatal morbidity in both groups was jaundice, physiological icterus aggravated by prematurity in the late preterm group and metabolic disorders in the early term group.

Conclusions: the early term group predominated over the late preterm group. Male gender and low birth weight were more frequent in the late preterm group and female gender and normal weight in the early term group and almost all the newborns were alive at medical discharge.

Key words: late preterm; early term; neonatal morbidity

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es considerada la primera causa de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil y constituye uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad, especialmente en la más industrializada.⁽¹⁾ A pesar de los riesgos potenciales del parto prematuro y del embarazo postérmino se ha dado poca atención al parto a término (AT); recién se ha reconocido que hay diferencia de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos (RN) en diferentes momentos dentro del intervalo de cinco semanas de gestación, considerado clásicamente parto a término. Hay una creciente evidencia que demuestra la existencia de complicaciones significativas tanto en los fetos a términos precoces como los pretérmino tardíos.⁽²⁾

Para poder definir correctamente los términos neonato pretérmino tardío (PT) y a término precoz (TP) y aceptar que constituyen una población de riesgo fue necesario que en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicara una nueva clasificación de las gestaciones en función de las semanas de amenorrea, de la que resultaron cuatro categorías: neonatos pretérmino tardíos, que son los nacidos entre las semanas 34,0 y 36,6 y neonatos a término precoces, que son los nacidos entre las semanas 37,0 y 38,6.^(1,2)

Una cuestión importante en la prevención de los partos prematuros tardíos es la determinación adecuada de la edad gestacional. Algunos prematuros tardíos lo son como resultado de partos inducidos de fetos que, incorrectamente, se pensaba que habían llegado a término. Así, la inducción electiva llevada a cabo por motivos no médicos debe evitarse por el riesgo aumentado de morbilidad; no obstante, si va a realizarse, es de extrema importancia asegurar que la edad gestacional es adecuada para prevenir el parto prematuro y solo debería realizarse si la edad gestacional es al menos de 39,0 semanas.⁽³⁾

Los prematuros tardíos tienen una tasa de morbilidad de seis a siete veces mayor que los nacidos a término;⁽⁴⁾ este riesgo aumenta significativamente en niños con otros factores de riesgo asociados. Los prematuros tardíos, comparados con recién nacidos a término, implican un coste muy alto.⁽³⁾

Existe evidencia suficiente para afirmar que los PT tienen mayor riesgo de déficits en su neurodesarrollo, con una relación inversamente proporcional a su edad gestacional. Los factores involucrados son múltiples y se pueden atribuir, en parte, a la Genética y a la Epigenética, pero en los recién nacidos prematuros el desarrollo neurológico hasta la edad de término se alcanza fuera del útero y es probable que sea perturbado por el cambio de medio ambiente.^(2,3)

A nivel mundial se observa un incremento progresivo del nacimiento de pretérmino tardíos. De los 65 países de los que la OMS tiene datos fiables 63 han registrado aumento de las tasas de nacimientos prematuros en los últimos años, la que varía según el país.⁽⁵⁾ En los países desarrollados como Estados Unidos y Canadá y de Europa, en la última década, han registrado un 18% más de partos prematuros, y el 11,5% es de prematuros tardíos.⁽⁶⁾ Los nacimientos de pretérmino tardíos llegan incluso al 8,5% de todos los nacimientos y el 71% de los recién nacidos pretérmino en los Estados Unidos han aumentado del 10,6% en 1990 al 12,2% en 2009.⁽⁵⁾ En Canadá constituyen el 9% de todos los nacimientos. En el Hospital de la Fe en Valencia, España, se informó un 8,3% de nacimientos prematuros, y el 5,9% eran pretérmino tardíos.⁽⁷⁾

En países como Uruguay y Bolivia se notificó una incidencia de prematuros tardíos de un 9%.⁽⁶⁾ En el Hospital "Cayetano Heredia", en Perú, en el año 2010 se informó una incidencia de 3,2%.⁽³⁾ En Cuba el índice de pretérmino tardío experimentó un aumento en la última década, de un 2,9% en el año 2005 a un 5,3% en 2014.⁽⁶⁾

Con respecto a los nacimientos a término precoz en Estados Unidos y en Francia representan el 23% y el 20%, respectivamente. En Perú, en el año 2008, esta cifra alcanzó un 22,3%.⁽⁸⁾ En el año 2013, en una Clínica privada de Cali, en Colombia, el 39,8% correspondió a este grupo de niños. En Cuba el índice de a término precoz también aumentó en un 32,8%.⁽⁹⁾

El objetivo de este trabajo es caracterizar el comportamiento de los neonatos pretérmino tardíos y a término precoces atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" durante el período de enero a diciembre de 2019.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal desde enero a diciembre de 2019 que incluyó la totalidad de los recién nacidos pretérmino tardíos y a término precoces atendidos en la Unidad de Cuidados Neonatales (UCIN) del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara. La población de estudio quedó conformada por los 519 recién nacidos pretérmino tardíos y a término precoces (n=519); no fue necesario la selección de muestra porque se pudo trabajar con toda la población a estudiar (n=519).

Para la obtención de la información se realizó una revisión documental procedente del Departamento de Estadística del Hospital, del Libro de partos, de las historias clínicas pediátricas y de los Registros de morbilidad y mortalidad continua del servicio. Los resultados se resumieron en tablas y figuras; como medidas de resumen para datos cualitativos se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas y para datos cuantitativos la media aritmética, la desviación estándar y las mismas para medir asociación entre variables.

RESULTADOS

En el Hospital "Mariana Grajales", durante el período de enero a diciembre de 2019, ingresaron 519 neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de 5 151 neonatos nacidos vivos en la institución: 234 fueron neonatos pretérmino tardíos, lo que significó el 45,1% del total de neonatos ingresados y el 4,5% del total de nacidos vivos y 285 a término precoz, lo que significó el 54,9% de los neonatos ingresados y el 5,5% del total de nacidos vivos.

De los neonatos ingresados 220 (42,4%) fueron del sexo masculino y 299 (57,6%) del femenino. En los pretérmino tardíos 119 (50,9%) neonatos fueron del sexo masculino y en los a términos precoces 184 (64,6%) del sexo femenino, resultado muy significativo.

La Tabla 1 muestra la distribución de los grupos estudiados según la edad materna, con mayor incidencia en ambos grupos de las madres con edades comprendidas entre los 18 y los 34 años de edad (203 de 234 mujeres, 86,8%) en el grupo pretérmino tardío y 80% (228 de 285 mujeres) en el grupo a término precoz; en este último grupo las edades extremas tuvieron más prevalencia.

En el grupo de madres del pretérmino tardío el valor de su media y la desviación estándar fueron de $26,7 \pm 5,8$ años; para el grupo a término precoz de $26,7 \pm 6,8$ años.

Tabla1. Edad materna

Edad materna (años)	Grupos de estudio				p
	Pretérmino tardío		A término precoz		
	No.	%	No.	%	
< 18	14	5,9	30	10,5	
18 - 34	203	86,8	228	80,0	0,121
≥ 35	17	7,3	27	9,5	
Total	234	100	285	100	

Fuente: datos del estudio
Prueba t de Student: 0,907

La distribución de los grupos de estudio según la evaluación nutricional y el peso al nacer aparece en la Figura 1. La mayor incidencia fue en el grupo pretérmino tardío, en cuanto el peso al nacer fue el bajo peso (131 neonatos, lo que representó el 55,9% del total) y en el grupo a término precoz (102 neonatos fueron normopeso, para un 96,1%). La evaluación nutricional se comportó semejante en ambos grupos: 199 (85%) neonatos pretérmino tardíos y 188 (65,9%) neonatos a término precoces de peso adecuado para su edad gestacional, resultado muy significativo.

En la Tabla 2 se muestra la distribución de los grupos estudiados según los cuidados intensivos y la estadía hospitalaria. En el 82,5% de los pretérmino tardíos y en el 87,7% de los a término precoces no fueron necesarios los cuidados intensivos. Diferencias significativas presentó la estadía hospitalaria, con menos de siete días el 37,6% de los pretérmino tardíos y el 58,6% de los a término precoces.

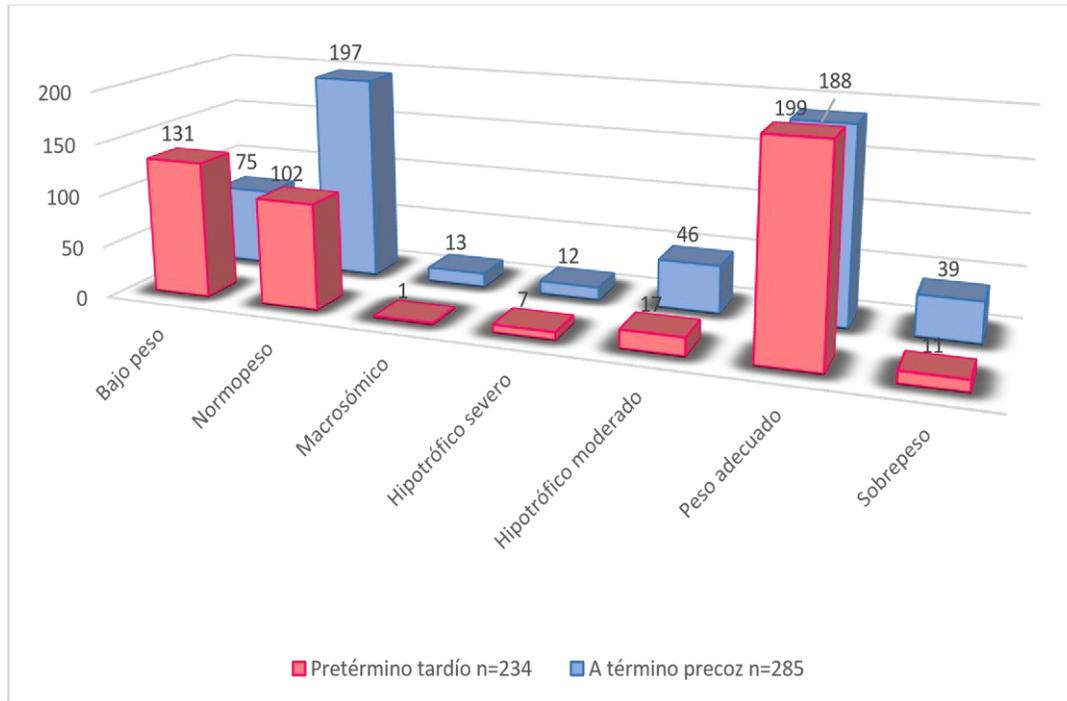


Figura 1. Distribución de los neonatos pretérmino tardíos y a término precoces según el peso al nacer y la evaluación nutricional
 $p < 0,001$

Tabla 2. Distribución de los neonatos pretérmino tardíos y a término precoces según los cuidados intensivos y la estadía hospitalaria

Variables	Indicador	Grupos de estudio				p
		Pretérmino tardío		A término precoz		
		No.	%	No.	%	
Cuidados intensivos neonatales	Si	41	17,5	35	12,3	$p = 0,093$
	No	193	82,5	250	87,7	
Estadía hospitalaria	< 7 días	88	37,6	167	58,6	$p < 0,001$
	7 - 15 días	61	26,1	84	29,5	
	> 15 días	85	36,3	34	11,9	

En cuanto a la distribución de los grupos de estudio según la morbilidad neonatal la Tabla 3 muestra que prevaleció en ambos la ictericia, con 69,2% en los pretérmino tardíos y 60,4% en los a término precoces, el íctero fisiológico agravado por la prematuridad fue el de mayor incidencia en el grupo pretérmino tardío con un 50,8% y el íctero fisiológico agravado por trastornos metabólicos en los a término precoces con un 28%. En segundo lugar, por orden de frecuencia, las infecciones con 36,3% en el grupo pretérmino tardío y el 28% en el grupo a término precoz, sobresaliendo la sepsis de inicio precoz con un 25,6% y un 20,3% respectivamente y, en tercer lugar, los trastornos metabólicos en el grupo pretérmino tardío, con un 21,7%, y el grupo a término precoz, con un 16,5%; es la hipocalcemia neonatal precoz sintomática la más frecuente en ambos grupos, con 11,5% y 9,5% respectivamente.

Tabla 3. Distribución de los neonatos pretérmino tardíos y a término precoces según la morbilidad seleccionada

Morbilidad neonatal	Pretérmino tardío (n=234)		A término precoz (n=285)	
	No.	%	No.	%
Enfermedades respiratorias	16	6,8	18	6,3
Distrés respiratorio secundario a edema pulmonar	10	4,2	6	2,1
Hipertensión arterial persistente neonatal	3	1,3	6	2,1
Bloqueo aéreo	3	1,3	6	2,1
Enfermedades cardiovasculares	6	2,5	5	1,7
Cardiopatía congénita	5	2,1	3	1,0
Miocardopatía hipertrófica	1	0,4	2	0,7
Trastornos hematológicas	21	8,9	25	8,7
Anemia	15	6,4	18	6,3
Poliglobulia	1	0,4	1	0,4
Trombocitopenia	5	2,1	6	2,1
Enfermedades neurológicas	9	3,8	6	2,1
Encefalopatía hipóxico-isquémica	2	0,9	5	1,7
Hemorragia cerebral	7	2,9	1	0,4
Trastornos metabólicos	51	21,7	47	16,5
Hipocalcemia neonatal precoz sintomática	27	11,5	27	9,5
Hipoglucemia	15	6,4	10	3,5
Hiperglucemia	9	3,8	10	3,5
Enfermedades genéticas	5	2,1	3	1,0
Cromosomopatía	5	2,1	3	1,0
Infeccioso	85	36,3	80	28,0
Sepsis de inicioprecoz	60	25,6	58	20,3
Sepsis de iniciotardío	25	10,6	22	7,7
Íctero	162	69,2	172	60,4
Íctero fisiológico agravado por prematuridad	119	50,8	0	0
Íctero fisiológico agravado por trastornos metabólicos	10	4,2	77	27,0
Íctero fisiológico agravado por oxitocina	12	5,1	26	9,1
Íctero fisiológico agravado por ser hijo de madre diabética	16	6,8	17	5,9
Isoinmunización por ABO*	5	2,1	6	2,1
Hiperbilirrubinemia	0	0	46	16,1

*Enfermedad hemolítica del recién nacido

DISCUSIÓN

Las investigaciones clínicas se han centrado tradicionalmente en neonatos pretérmino nacidos antes de las 32,0 semanas de edad gestacional por el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, por lo que son evaluados con más cuidado;⁽¹⁰⁾ se le da poca atención al parto a término, motivo por el que en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud publicó una nueva clasificación de las gestaciones en función de las semanas de amenorrea⁽¹¹⁾ y reconoció que hay diferencia de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos en diferentes momentos dentro del intervalo de cinco semanas de gestación, considerada clásicamente parto a término.⁽¹²⁾ No son todos los recién nacidos fisiológicamente maduros y capaces de una transición exitosa al ambiente extrauterino, prioridad

importante para los profesionales de la salud, como los Especialistas en Obstetricia y Neonatología, que consideran a los nacidos entre 34,0 y 36,6 semanas con riesgo similar a los que son expuestos los neonatos de 37,0 y 38,6 semanas.⁽¹³⁾

Los nacimientos prematuros tardíos representan el 8,5% del total de nacimientos y los a término precoces el 18,7%;⁽¹⁴⁾ lo que supera lo obtenido en el estudio (4,5% en los prematuros tardíos y de 5,5% a término precoz).

En un estudio realizado en México fueron analizados 210 prematuros tardíos (7,6%) y el mismo número de RN a término precoces, para una relación 1-1;⁽⁸⁾ resultado discretamente superior al estudio realizado, pero con similar comportamiento entre ambos grupos, que se diferencian en un 1%.

En otro estudio⁽³⁾ fueron más frecuentes los neonatos del género masculino con el 54,8% en el grupo pretérmino tardío y 54,6% en el grupo de a término precoz; este resultado es similar al de otro trabajo⁽¹⁵⁾ que obtuvo un 53,5% y no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En esta investigación la autora encontró predominio del sexo masculino solo en el grupo pretérmino tardío. Otro trabajo⁽¹⁶⁾ muestra un mayor predominio del sexo femenino (52,7%) que del masculino (47,3%) en ambos grupos; resultado que coincide con los de esta investigación en el grupo de RN a término precoces.

La edad materna se considera un factor de riesgo de parto pretérmino tardío cuando es menor de 18 o mayor de 35 años;^(13,14) sin embargo, un artículo mostró que no existió asociación entre los grupos etarios maternos, PT tardío y el AT precoz, porque las de menos de 18 años representaron el 13% y las de más de 35 años el 11,9%.⁽¹⁵⁾ Estos resultados se acercan a los de la presente investigación.

En cuanto a la edad promedio en los antecedentes maternos la edad promedio fue de 29,7±5,9 años en ambos grupos y no se mostraron diferencias con respecto a la investigación porque predominó en los prematuros tardíos una edad promedio de 26,7±5,8 años y en los a término precoces de 26,7±6,8.⁽¹²⁾ En otros estudios no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al promedio de edades.⁽⁵⁾

Los recién nacidos pretérmino tardíos tuvieron mayor riesgo de bajo peso al nacer que los niños a término precoces con un 61,5%.⁽¹⁵⁾

En otra investigación⁽⁵⁾ el peso promedio fue de 2,7 kg en el grupo de pretérmino tardío y de 3,3 kg en el grupo a término precoz, así como una mediana de 2,6 kg y 3,3 kg respectivamente, resultado que no coincide con los de esta investigación. En cuanto al grupo a término precoz⁽⁹⁾ prevaleció el bajo peso al nacer, con una alta significación, comparado con los demás a término, lo que no se corresponde con la investigación, en la que la mayoría fue normopeso.

En cuanto a la evaluación nutricional en un estudio de tres años realizado en Ecuador⁽⁸⁾ la mayor población de prematuros tardíos (69%) nacieron con peso adecuado, además se observó que hay una tendencia al aumento de los prematuros tardíos nacidos con peso adecuado y a una disminución de los prematuros tardíos nacidos con bajo peso. En el trabajo de Osredkar⁽²⁾ el 87,5% de los neonatos a término precoces fueron calificados como niños de peso

adecuado para su edad gestacional, resultados que coinciden con los de esta investigación.

En un estudio⁽¹²⁾ del 33,8% de pretérmino precoces el 6,4% necesitó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Nacional "Cayetano Heredia" y solo el 0,2% de los 14,4% a término necesitaron esos servicios, lo que evidenció que la necesidad de ingreso a la UCIN es 30 veces mayor en PT que en AT, o sea, que la frecuencia es inversamente proporcional a la edad gestacional, resultado que no se corresponde con los de esta investigación.

Otros estudios evidenciaron que el 58,6%,⁽⁵⁾ el 40,9%⁽⁷⁾ y el 11,3%⁽⁸⁾ de los pretérmino tardíos necesitaron cuidados intensivos, al contrario en otro⁽⁴⁾ prevaleció en el grupo a término precoz comparado con otros grupos a término la necesidad de cuidados intensivos en un 8,8%. Estos resultados no corresponden con los de este trabajo ni con los de ninguno de los estudios antes citados. Otro estudio⁽¹⁴⁾ demostró que el 9,6% de los pretérmino tardíos necesitaron cuidados intensivos con respecto a los a término precoces.

En un estudio nacional la mayor parte de los recién nacidos pretérmino tardíos tuvieron una estadía hospitalaria comprendida entre 16 y 30 días (32,5%) y, en los recién nacidos a término, predominó el grupo que tuvo una estadía hospitalaria de menos de siete días (79,8%). Al comparar ambos grupos se mostró un mayor riesgo por parte de los pretérmino tardíos de tener una estadía hospitalaria de más de siete días distribuidos en el grupo comprendido entre siete y 15 días.⁽¹⁵⁾ Estos resultados no se corresponden con lo encontrado por la autora de esta investigación.

En otro estudio⁽¹⁰⁾ prevaleció en un 61,5% que los niños a término precoces requirieron al menos tres días de estadía hospitalaria; otro⁽¹²⁾ presentó los mismos resultados. Ruíz⁽³⁾ describe en su estudio que el tiempo promedio de internación de estos infantes fue de 7,4 días; con una mediana de 2,5 días.

Coincidentemente con lo encontrado en un informe mexicano⁽¹⁴⁾ en los prematuros tardíos la hiperbilirrubinemia es una de las alteraciones que se relacionó con mayor riesgo, con un riesgo relativo (RR) de 1,7; este padecimiento, de no ser detectado, puede generar alteraciones neurológicas. Torres⁽¹⁵⁾ asegura que la ictericia es la condición clínica más común.

Un artículo colombiano⁽¹⁵⁾ precisa que el íctero se presentó en el 31,9% de los pretérmino tardíos y en el 23,7% de los a término precoces, con una diferencia de 8,2% de este padecimiento en los pretérmino precoces. Datos similares a los de esta investigación, pero con la diferencia de que el 9,2% de los a término precoces, tienen más prevalencia de presentar ictericia.

En otra investigación⁽¹⁶⁾ la incidencia de ictericia en los pretérmino tardíos tuvo diferencia significativa con los recién nacidos de término, pero no así con los a término precoces, lo que coincide con este estudio, aunque en este solo se muestran dos grupos de estudios.

Otro autor⁽¹⁾ colocó la ictericia en el primer lugar, con el 58,4% en los pretérmino tardíos y el 45,5% en los a término precoces; el íctero fisiológico agravado fue el que más prevaleció en ambos casos, con 27,2% y 24%, respectivamente, lo que concuerda con esta investigación.

Entre las complicaciones que le siguieron a la ictericia, con similar comportamiento, se encuentran las relacionadas con el sistema inmunológico. En un estudio⁽¹⁵⁾ se pudo observar un mayor riesgo de infecciones de inicio temprano en los recién nacidos pretérmino que afectaron al 27,2% de estos niños y al 15,9% de los recién nacidos a término precoces. En otro⁽¹⁶⁾ no se observaron casos de sepsis neonatal temprana. Pérez,⁽¹⁴⁾ en su estudio, demostró que el 57,6% del total de recién nacidos presentó sepsis neonatal, resultado que no se corresponde con el de la investigación.

En una investigación⁽⁶⁾ se demostró que los PT tardíos presentaron mayor riesgo de trastornos metabólicos, con una relación de 9,0% *versus* 2,2%; resultados que no se corresponden con los de la investigación porque constituyen la tercera causa de morbilidad en ambos grupos, con igual comportamiento en cuanto a la cantidad de casos.

CONCLUSIONES

El grupo a término precoz predominó sobre el pretérmino tardío y prevalecieron los hijos de madres entre 18 y 34 años. La gran mayoría de los pretérmino tardíos fueron masculinos con bajo peso al nacer, en cambio los a término precoces fueron del género femenino y normopeso; no fueron necesarios los cuidados intensivos y la estadía hospitalaria fue de menos de siete días. La morbilidad se presentó de forma similar para ambos grupos y prevalecieron la ictericia, la sepsis de inicio precoz y los trastornos metabólicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavala Farías MR. Factores de riesgo y perfil clínico epidemiológico de dificultad respiratoria en recién nacidos pretérmino en Piura, 2019 [tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 21/11/2021]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8909>
2. Osredkar D, Verdenik I, Gergeli AT, Gersak K, Lucovnik M. Apgar score and risk of cerebral palsy in preterm infants: a population-based cohort study. *Neuropediatrics* [Internet]. 2021 [citado 21/11/2021];52(4):310-315. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34162009/>. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1729181>
3. Martín Ruiz N, García Íñiguez JP, Rite Gracia S, Samper Villagrasa MP. Estudio prospectivo de factores perinatales asociados a hipoglucemia precoz en el neonato prematuro tardío y a término. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2022 [citado 20/10/2022];96(3):230-241. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-estudio-prospectivo-factores-perinatales-asociados-articulo-S1695403321001703>. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.002>
4. Pérez González JA, Martínez Lemus O, Jiménez Abreu SE, Rodríguez Díaz H. Caracterización del prematuro tardío durante los años 2015-2016. *Panorama Cuba y Salud* [Internet]. 2018 [citado 21/11/2021];13(3):65-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs183i.pdf>
5. García Reymundo M, Demestre X, Calvo MJ, Ginovart G, Jiménez A, Hurtado JA. Prematuro tardío en España: experiencia del Grupo SEN34-36. *An Pediatr (Barc)*

- [Internet]. 2018 [citado 21/11/2021];88(5):246-252. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prematuro-tardio-espana-experiencia-del-articulo-S1695403317302072>. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.05.006>
6. Martínez HS, Díaz M, Rencoret G. El prematuro tardío, ¿qué sabemos desde el punto de vista perinatal? Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado 20/10/2022];87(1):40-47. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000100040. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000023>
 7. Salas Venturo TC. Manejo expectante versus manejo activo en embarazos pretérmino tardío con ruptura prematura de membranas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca marzo 2021 a marzo 2022 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [citado 20/10/2022]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4996>
 8. Morán R, Vaamonde L, Rey G. Hallazgos histopatológicos placentarios en nacimientos de pretérmino y término precoz. Ginecol Obstet Méx [Internet]. 2021 [citado 21/11/2021];89(8):595-602. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412021000800003&script=sci_arttext. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i8.5619>
 9. Venkatesh KK, Manuck TA. Maternal body mass index and cervical length among women with a history of spontaneous preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2020 [citado 21/11/2021];33(5):825-830. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30049238/>. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1505856>
 10. Raghavan R, Dreibelbis C, Kingshipp BL, Wong YP, Abrams B, Gernand AD, et al. Dietary patterns before and during pregnancy and birth outcomes: a systematic review. Am J Clin Nutr [Internet]. 2019 [citado 21/11/2021];109(Suppl_7):729S-756S. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30982873/>. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy353>
 11. Liu X, Huang D, Wang Y, Gao Y, Chen M, Bai Y, et al. Birth and birth-related obstetrical characteristics in southwestern China associated with the current adjustment of family planning policy: a 7-year retrospective study. Sci Rep [Internet]. 2020 [citado 21/11/2021];10(1):15949. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32994428/>. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73039-7>
 12. Stewart DL, Barfield WD, Committee on Fetus and Newborn, Cummings JJ, Adams-Chapman IS, Wright Aucott S. Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants. Pediatrics [Internet]. 2019 [citado 21/11/2021];144(5):e20192760. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/144/5/e20192760/38233/Updates-on-an-At-Risk-Population-Late-Preterm-and>. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2760>
 13. Besser L, Sabag-Shaviv L, Yitshak-Sade M, Mastrolia SA, Landau D, Beer-Weisel R, et al. Medically indicated late preterm delivery and its impact on perinatal morbidity and mortality: a retrospective population-based cohort study. J Matern-Fetal Neonatal Med [Internet]. 2019 [citado 21/11/2021];32(19):3278-3287. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29621920/>. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1462325>
 14. Pérez Ramírez RO, Lona Reyes JC, Ochoa Meza CA, Gómez Ruiz LM, Ramos Gutiérrez RY, Camarena Pulido EE, et al. Morbimortalidad neonatal en un entorno de baja adherencia a corticosteroides prenatales. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2019 [citado 21/11/2021];91(2):105-111. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es->

[morbimortalidad-neonatal-un-entorno-baja-articulo-S1695403318305411.
https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.011](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.011)

15. Torres Muñoz J, Jiménez Fernández CA, Ortega RR, Marin Cuero DJ, Mendoza DM. Factors Associated With Late Prematurity in the University Hospital of Valle Cali, Colombia During 2013–2014. *Front Public Health* [Internet]. 2020 [citado 21/11/2021];8:200. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366421/>.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00200>
16. Álvarez García Y. Morbilidad del prematuro tardío [tesis]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020 [citado 21/11/2021]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41325>

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener conflicto de intereses.