

Morbilidad neonatal en prematuros tardíos versus recién nacidos a término precoz: estudio comparativo retrospectivo

Neonatal Morbidity in Late Preterm Versus Early Term Infants: a retrospective comparative study

Patricia Palacios P.¹ , Raisa Peñafiel V.¹ , Verónica Campos² 

1. Postgradista de Neonatología, Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.
2. Servicio de Terapia Intensiva Neonatal, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, Guayaquil, Ecuador.

Correspondencia: Patricia Palacios P. Av, Roberto Gilbert y Nicasio Safadi. Guayaquil, Ecuador. drapalaciosparralles@gmail.com

Artículo recibido: 27/03/2025

Artículo aceptado: 5/05/2025

<https://doi.org/10.61708/qpzny955>

Resumen:

Introducción: Se ha observado incremento en el número de recién nacidos prematuros tardíos, un grupo que presenta una tasa de morbilidad entre seis y siete veces mayor en comparación con los nacidos a término. Resulta fundamental analizar las diferencias en la morbilidad entre los recién nacidos prematuros tardíos y los nacidos a término precoces, con el objetivo de optimizar la atención médica para ambos grupos. **Método:** Estudio observacional, analítico de tipo retrospectivo con diseño comparativo entre dos cohortes de recién nacidos. La comparación incluirá variables sociodemográficas, y variables clínicas de los recién nacidos estudiados. Se utilizó estadística descriptiva para la caracterización de la población, y se determinó el Odds ratio con un 95% de intervalo de confianza para comparar la morbilidad. **Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes prematuros tardíos y 58 neonatos a término precoces. Los prematuros tardíos presentaron un mayor riesgo de ictericia, dificultades en la alimentación, taquipnea transitoria, mayor necesidad de ventilación mecánica invasiva con uso prolongado y un requerimiento de FiO₂ superior al 0.3% (OR: 4.25; IC 95%: 1.6–11.1). Además, el uso de fototerapia prolongada (>48h) fue significativamente más frecuente en este grupo (OR: 4.2; IC 95%: 1.5–11.6). **Conclusiones:** Los recién nacidos prematuros tardíos presentan un mayor riesgo de morbilidad asociado a su inmadurez. Nuestro estudio confirma que este grupo neonatal enfrenta complicaciones significativas, en comparación con los recién nacidos a término precoces, lo que resalta la importancia de estrategias dirigidas a su seguimiento y manejo clínico.

Palabras clave: Prematuro tardío, morbilidad neonatal, recién nacido a término precoz.

Abstract:

Introduction: An increase has been observed in the number of late preterm newborns, a group that presents a morbidity rate six to seven times higher compared to term newborns. It is crucial to analyze the differences in morbidity between late preterm and early term newborns, aiming to optimize medical care for both groups. **Method:** Analytical observational study of a retrospective type, with a comparative design between two cohorts of newborns. The comparison will include sociodemographic variables and clinical variables of the newborns studied. Descriptive statistics were used for the characterization of the



population, and the Odds ratio with a 95% confidence interval was calculated to compare morbidity. **Results:** Forty-two late preterm patients and fifty-eight early term newborns were included. Regarding the newborns, late preterm infants presented a higher risk of jaundice, feeding difficulties, transient tachypnea, greater need for invasive mechanical ventilation with prolonged use, and a requirement for FiO_2 greater than 0.3%. A higher requirement for $\text{FiO}_2 > 0.3\%$ was observed in this group (OR: 4.25; 95% CI: 1.6–11.1), as well as a significantly greater need for phototherapy lasting more than 48 hours (OR: 4.2; 95% CI: 1.5–11.6). **Conclusions:** Late preterm newborns present a higher risk of morbidity associated with their immaturity. Our study confirms that this neonatal group faces significant complications compared to early term newborns, which highlights the importance of strategies aimed at their follow-up and clinical management.

Keywords: Late preterm, neonatal morbidity, early term newborn.

Introducción

El nacimiento prematuro es un problema de salud pública con importantes repercusiones a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 10% de los nacimientos a nivel mundial ocurren antes de las 37 semanas de gestación, lo que clasifica a los neonatos como prematuros (1). Dentro de este grupo, los recién nacidos prematuros tardíos, nacidos entre las 34 y 36 semanas de gestación, constituyen la mayoría de los partos prematuros, representando cerca del 70% de estos casos (2). A pesar de su proximidad al término, estos neonatos presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en comparación con los recién nacidos a término (3). Este aumento en la vulnerabilidad clínica se debe a la inmadurez fisiológica que todavía presentan al momento del nacimiento, afectando el desarrollo pulmonar, el control de la temperatura, la función inmunológica y la adaptación metabólica, entre otros factores (4).

Entre las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos prematuros tardíos se incluyen la dificultad respiratoria, la ictericia neonatal, la sepsis y la necesidad de soporte nutricional intensivo, como la alimentación parenteral (4). Estas complicaciones incrementan la estancia hospitalaria y pueden asociarse con mayores tasas de reingreso y problemas de desarrollo a largo plazo. A menudo, los prematuros tardíos son dados de alta precozmente o manejados con menor vigilancia clínica bajo la falsa percepción de que se comportan como neonatos a término, lo cual puede llevar a un infradiagnóstico de problemas potencialmente graves (5).

Por otro lado, los recién nacidos a término que requieren hospitalización, aunque en menor número, también pueden presentar complicaciones que comprometen su evolución clínica. Entre las causas más comunes de hospitalización en neonatos a término se incluyen infecciones congénitas o adquiridas, alteraciones metabólicas y anomalías congénitas, todos estos factores pueden afectar su pronóstico (6). A pesar de estas similitudes, los desenlaces clínicos en términos de morbilidad neonatal, duración de la estancia hospitalaria, desarrollo de infecciones, ictericia, y la necesidad de intervenciones como la transfusión sanguínea, pueden diferir significativamente entre los recién nacidos

pretérminos tardíos y los recién nacidos a término precoces (7).

El objetivo de este estudio es comparar los desenlaces clínicos de recién nacidos prematuros tardíos versus recién nacidos a término precoces en nuestra unidad. Se espera que los hallazgos contribuyan a una mejor comprensión de los riesgos asociados a la hospitalización en ambos grupos, con el fin de optimizar el manejo clínico y prevenir complicaciones a largo plazo.

Metodología

Este es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico de cohortes comparativas, conformadas por recién nacidos pretérminos tardíos y recién nacidos a término precoces. Se incluyeron recién nacidos admitidos en el área de Neonatología de hospital especializado de referencia nacional, durante el período de mayo a julio de 2024. Se consideraron todos los recién nacidos que cumplieron con los criterios de clasificación de pretérmino tardío (34-36 6/7 semanas de gestación) y a término precoz (37-38 6/7 semanas de gestación), procedentes de su domicilio o de instituciones de salud. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con historia clínica incompleta y los recién nacidos con malformaciones congénitas asociadas.

La recolección de datos se realizó mediante una revisión detallada de la historia clínica de cada paciente para identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones neonatales, así como su evolución clínica y estancia hospitalaria. Se registraron variables sociodemográficas, antecedentes maternos infecciosos y patológicos, y variables clínicas de los recién nacidos.

Las variables neonatales recolectadas incluyeron: incidencia de trastornos respiratorios (dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, neumonía, hipertensión pulmonar persistente), riesgo de sepsis, alteraciones gastrointestinales y metabólicas; y las variables maternas incluidas fueron infecciones durante el embarazo y comorbilidades asociadas.

Para la caracterización de la población se utilizaron métodos de estadística descriptiva, incluyendo el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico) para las variables cuantitativas. Las variables categóricas fueron resumidas

mediante frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar la distribución de las variables cuantitativas, se emplearon pruebas de normalidad: Se emplearon las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (KS) y Shapiro-Wilk (SW). Dado que la mayoría de las variables no seguían una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para la comparación de medias. El análisis de asociaciones entre variables categorías se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado. Finalmente, para estimar la magnitud de la asociación entre factores de riesgo y las complicaciones neonatales, se emplearon tablas de contingencia 2x2 para calcular los Odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. El análisis estadístico se realizó utilizando

los programas IBM SPSS Statistics 21 y R, asegurando la rigurosidad metodológica y la adecuada interpretación de los resultados.

Resultados

Entre mayo y junio de 2024 ingresaron en nuestra unidad hospitalaria 124 neonatos pretérminos tardíos y a término precoces. Del total, se excluyeron 24 pacientes con malformaciones congénitas. La población final de estudio quedó conformada por 58 prematuros tardíos y 42 recién nacidos a término precoces (Tabla I). De estos pacientes, el 44% pertenecía al sexo femenino y el 56% al sexo masculino.

Tabla 1. Datos demográficos de los recién nacidos prematuros tardíos y a término precoz ingresados.

	RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS TARDÍOS	RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO PRECOZ	TOTAL
POBLACIÓN DE ESTUDIO	58	42	100
MASCULINO	27 (46.5%)	29 (69%)	56
FEMENINO	31 (53.5)	13 (31%)	44
PESO AL NACER (MEDIA)	2276.3 (442.4)	2904.6 (487.6)	
PARTO VAGINAL	11 (19%)	5 (12%)	16
PARTO POR CESÁREA	47 (81%)	37 (88%)	84
ÁREA DE ADMISIÓN C2	0	8 (19%)	8
ÁREA DE ADMISIÓN CIN	25 (43%)	17 (40.5%)	42
ÁREA DE ADMISIÓN UCIN	33 (57%)	17 (40.5%)	50

C2: Sala de hospitalización neonatal. CIN: Cuidados intermedios neonatales. UCIN: Cuidados intensivos neonatales.

En relación con el tipo de parto se observó una prevalencia significativa de cesáreas, con un 81% (47 pacientes) de los prematuros tardíos y un 88% (37 paciente) de los recién nacido a término precoces nacidos por esta vía. El parto vaginal representó el 19% (11 pacientes) y el 12% (5 pacientes) respectivamente.

En cuanto al peso al nacer, la mayoría de los neonatos (77%) fueron clasificados como adecuados para su edad de

gestación, mientras que el 15% fueron pequeños para la edad de gestación y el 8% restantes, grandes para la edad de gestación.

El diagnóstico de admisión más frecuente fue la dificultad respiratoria, con una incidencia del 96.5% en los prematuros tardíos y del 67% en los recién nacidos a término precoces (Tabla II).

Tabla 2. Diagnósticos de admisión de los recién nacidos prematuros tardíos y a término precoz ingresados.

	RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS TARDÍOS	RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO PRECOZ	TOTAL
DIFICULTAD RESPIRATORIA	56 (96.5%)	28 (67%)	100
ICTERICIA	0	67(14%)	56
FIEBRE	0	4 (10%)	44
VÓMITO	1 (1.75%)	1 (2%)	
CONVULSIONES	0	2 (5%)	
IRRITABILIDAD	1 (1.75%)	0	1
CIANOSIS	0	1 (2%)	1

Los resultados sobre la morbilidad observada durante la hospitalización, así como el estudio comparativo entre ambos grupos, se presentan en la Tabla III. Se evidenció un riesgo significativamente mayor de ictericia y uso de fototerapia

prolongada (>48 horas) en los neonatos prematuros tardíos, con un riesgo cuatro veces mayor en estos pacientes (IC 95%: 1.5 - 11.65). No obstante, estos valores podrían reducirse con una muestra mayor de pacientes.

Tabla 3. Morbilidad de los recién nacidos prematuros tardíos y a término precoz ingresados.

VARIABLE	PRETÉRMINO		TÉRMINO		OR	IC INF	IC SUP	CHI 2	VALOR-P
	No.	%	No.	%					
PACIENTES CON ICTERICIA NEONATAL	24	41%	17	40%	1,038	0,463	2,329	0,015	0,90276
APLICACIÓN DE LÁMPARA DE FOTOTERAPIA > 48 HORAS	24	41%	6	14%	4,235	1,543	11,628	8,566	0,00343
ANEMIA	20	34%	24	57%	0,395	0,174	0,893	5,131	0,02350
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	14	24%	11	26%	0,897	0,360	2,236	0,058	0,81044
TAQUIPNEA TRANSITORIA	14	24%	4	10%	3,023	0,917	9,966	3,538	0,05998
NEUMONÍA	16	28%	22	52%	0,346	0,150	0,799	6,414	0,01132
HTPPRN	5	9%	2	5%	1,887	0,348	10,230	0,558	0,45502
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL	0	0%	2	5%	-	-	-	2,820	0,09312
APLICACIÓN DE FIO2 > 0.3	50	86%	25	59%	4.25	1.615	11.187	9.250	0.00235
SÍNTOMAS SUGESTIVOS DE SEPSIS	58	100%	41	98%	-	-	-	1,461	0,22681
CULTIVOS POSITIVOS	7	12%	5	12%	1,016	0,299	3,451	0,001	0,97240
DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN	25	43%	8	19%	3,220	1,271	8,153	6,419	0,01129
NUTRICIÓN PARENTERAL	37	64%	12	29%	4,405	1,869	10,381	12,213	0,00047
NUTRICIÓN PARENTERAL > 7 DÍAS	32	55%	11	26%	3,469	1,467	8,203	8,423	0,00371
HIPOGLUCEMIA	25	43%	16	38%	1,231	0,547	2,770	0,261	0,60931
ESTANCIA HOSPITALARIA > 14 DÍAS	34	58%	13	30%	3.160	1.368	7.300	7.48	0.00621
TEMPERATURA (HIPOTERMIA)	31	53%	23	55%	0,948	0,427	2,105	0,029	0,86550
TEMPERATURA (HIPERTERMIA)	3	5%	5	12%	0,404	0,091	1,792	1,503	0,22021

FiO2: Fracción inspirada de oxígeno. HTPPRN: Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.

En los casos de dificultad respiratoria, se observó que el diagnóstico de taquipnea transitoria fue tres veces más frecuente en neonatos nacidos entre las 34 y 36.6 semanas de gestación. Asimismo, el uso de oxígeno con una fracción inspiratoria (FiO2) mayor al 0.30 representó un riesgo 4.25 veces mayor en los neonatos prematuros tardíos.

Al evaluar la variable de dificultades en la alimentación, se encontró un riesgo tres veces mayor en la población de prematuros tardíos en comparación con el grupo de neonatos a término de 37 a 38.6 semanas de gestación.

Con respecto a la estancia hospitalaria, los prematuros tardíos tuvieron una duración de hospitalización mayor a 14 días con un riesgo 3.16 veces mayor (IC 95%: 1.38 - 7.30).

Por otra parte, al evaluar a los pacientes con anemia que requirieron transfusión sanguínea, se observó que los recién nacidos pretérmino tuvieron aproximadamente 0.3947 veces (o un 60.53% menos) la probabilidad de desarrollar anemia en comparación con los recién nacidos a término precoces.

Finalmente, al analizar los diagnósticos de sospecha de sepsis, anomalías metabólicas y alteraciones de la temperatura, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de estos factores ($p > 0.05$).

Discusión

Actualmente se ha resaltado la importancia en el estudio y mayor cuidado del recién nacido prematuro tardío, ya que se ha cometido el error de considerarlos como neonatos a término; se ha detectado que por su inmadurez estos prematuros presentan una mayor morbilidad (8). En nuestra investigación, se encontró que los neonatos a término entre las 37-38.6 semanas mostraron tasas de admisión significativamente menores en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y una incidencia reducida de morbilidades como dificultad respiratoria, ictericia, trastornos alimenticios, entre otros, en comparación con los prematuros tardíos.

Los resultados del este estudio evidenciaron que la hiperbilirrubinemia representa una alteración de alto riesgo

en prematuros tardíos. En particular se encontró un riesgo 4 veces mayor de ictericia y uso de fototerapia prolongada (>48 horas) en estos pacientes, con un intervalo de confianza de 95% (1.5 - 11.65). Si no se detecta y trata oportunamente, esta condición puede derivar en alteraciones neurológicas. Según la evidencia, recién nacidos pretérminos tardíos tienen mayor riesgo de niveles altos de bilirrubina sérica y, a veces, ictericia severa, prolongada, y kernicterus (9).

Por lo expuesto anteriormente, se enfatiza la importancia de que este grupo etario, aún con transición aparentemente normal posterior al nacimiento, sea sometido a una evaluación de riesgo antes del alta, se eviten altas precoces y se garantice un seguimiento adecuado.

El surfactante de los recién nacidos prematuros carece de fosfatidilglicerol, lo que los predispone a desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). En las últimas 6 semanas de gestación, el feto comienza a desarrollar sincronía y control sobre la respiración, por lo que tales deficiencias estructurales y funcionales inmaduras predisponen a los recién nacidos prematuros tardíos a la insuficiencia respiratoria (10). En nuestro estudio 96.5% de los recién nacidos pretérminos tardíos requirió ingreso debido a dificultad respiratoria, en comparación con el 67% de los recién nacidos a término precoces.

En el artículo de Khashu et al. (2009), utilizando el registro de la Base de Datos Perinatal, donde se evidenció que los recién nacidos prematuros tardíos tenían un riesgo relativo 4,4 veces mayor (IC del 95%: 4,2–4,6) de presentar morbilidad respiratoria en comparación con los recién nacidos a término (11). En un trabajo realizado en Turquía, dentro del área de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Docente de Maternidad Zekai Tahir Burak, entre junio de 2010 y mayo de 2011, reportó que de 332 (54,8%) prematuros tardíos desarrollaron dificultad respiratoria de los cuales 53 (17,1%) requirieron ventilación mecánica y 138 (44,3%) requirieron presión positiva continua nasal en la vía aérea (12).

Sharme et al. han reportado que los recién nacidos prematuros tardíos presentan un riesgo más elevado de desarrollar taquipnea transitoria, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar persistente e insuficiencia respiratoria en comparación con los neonatos nacidos a término (11). En nuestro análisis el diagnóstico de taquipnea transitoria es tres veces más frecuente en el grupo de pacientes pretérminos tardíos (14 pacientes representados por 24% versus 4 pacientes registrando el 10%), con un soporte de oxígeno superior a 0.3 de fracción inspirada de oxígeno. Steurer et al., en su estudio retrospectivo, a su vez, señalaron que la incidencia de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN) fue el diagnóstico mayor con un 0,38 % en los prematuros tardíos, en contraste con el 0,08% en los recién nacidos a término (13).

Del mismo modo, las dificultades alimentarias son condiciones previsibles en estos pacientes debido a su inmadurez fisiológica. Lo que se traduce en un tono oromotor reducido, falta de

coordinación en la secuencia succión-deglución-respiración, tendencia a la somnolencia, dismotilidad gastrointestinal y una succión inmadura (14). La dificultad para alimentarse es otra preocupación en los recién nacidos prematuros tardíos, ya que puede prolongar la hospitalización y provocar ictericia, deshidratación y rehospitización. En nuestro estudio, 25 pacientes que corresponden al 43 % de los recién nacidos prematuros tardíos tenían dificultades para alimentarse, comparado con el 19% de recién nacidos a término precoces (IC 95%: 1.27 - 8.15); con un riesgo tres veces más posible en la población de prematuros tardíos comparada con los de 37 a 38.6 semanas.

La incidencia de alteraciones metabólicas como hipoglucemia está correlacionada inversamente con la edad gestacional, siendo los lactantes prematuros tardíos los que tienen un mayor riesgo en comparación con los lactantes a término (15). En nuestro estudio, se identificó una tendencia hacia un mayor riesgo de hipoglucemia en la cohorte de prematuros tardíos (8.6% frente a un 4.7% de recién nacidos a término precoces) sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (IC 95%: 0.5 - 2.77; $p < 0.69$). Rather et al. informaron en su estudio que los prematuros tardíos tenían una incidencia significativamente mayor de hipoglucemia en comparación con los lactantes a término (16% frente a 6.5%; OR: 2.74; IC del 95%: 2.07–3.63; $p < 0.001$) (16).

La regulación térmica es fundamental en los recién nacidos prematuros tardíos y, si no se gestiona adecuadamente, puede resultar en una morbilidad y mortalidad significativas. En el presente artículo, tanto el análisis de las anomalías metabólicas y alteraciones de la temperatura, ninguno de estos factores tuvo significancia estadística.

Los neonatos prematuros tardíos tienen una susceptibilidad única a las infecciones y una mayor incidencia de sepsis de inicio temprano e infecciones nosocomiales. El riesgo de obtener una prueba de sepsis positiva aumenta a medida que disminuye la edad gestacional (17). En nuestro estudio obtuvimos en los recién nacidos pretérminos tardíos 7 pacientes con hemocultivos positivos correspondiendo el 12% siendo el 42.8% de los positivos en los pacientes de menor edad gestacional (34 semanas) versus un 11,9% de hemocultivos positivos en los recién nacido a término precoces. Sin embargo, ninguno de estos factores tuvo significancia estadística, lo que podrá variar con un tamaño de muestra mayor.

Los lactantes prematuros tardíos a menudo tienen condiciones como SDR leve, TTN, hipoglucemia e hipotermia, que están relacionadas con su prematuridad, pero estas condiciones pueden ser suficientes para que el clínico examine y trate a estos lactantes por sospecha de sepsis (11). Lo cual coincide con nuestras unidades neonatales en las que nuestros hallazgos indican que el 98,3% de los recién nacidos prematuros tardíos fueron evaluados para sepsis y recibieron tratamiento antibiótico, en comparación con el 88% de los neonatos a término precoz. La mayoría de los prematuros tardíos sometidos a exámenes de detección de sepsis son tratados con

antibióticos y es probable que recibieran tratamiento por más tiempo.

Esta práctica, aunque frecuente, puede llevar al uso excesivo de antibióticos, lo que fomenta la aparición de bacterias resistentes, complica el tratamiento de infecciones futuras y aumenta la morbilidad y mortalidad en esta población vulnerable (18). Para reducir estos riesgos, es fundamental establecer directrices fundamentadas en evidencia que orienten el uso adecuado de antibióticos en las unidades neonatales, siempre evaluando la relación riesgo-beneficio en cada situación particular.

La estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de los lactantes prematuros tardíos, junto con la mayor proporción de estos que requieren soporte ventilatorio avanzado y la elevada prevalencia de morbilidades, influye significativamente en el uso de recursos sanitarios y en los costos económicos tanto a corto como a largo plazo (19). La duración de la hospitalización es inversamente proporcional a la edad gestacional. En un estudio realizado por Higgins Joyce et al., se observó que los lactantes nacidos a las 34 semanas de gestación tuvieron una estancia hospitalaria promedio de aproximadamente 21 días, los nacidos a las 35 semanas alrededor de 16 días y los nacidos a las 36 semanas cerca de 11 días (20).

En nuestra investigación, la estancia hospitalaria de todos los prematuros tardíos fue de una duración > 14 días con un riesgo de 3.16 mayor (IC 95% 1.38 – 7.30). Afortunadamente, en el presente estudio no se registraron defunciones. Sharma et al. menciona una tasa más alta de mortalidad neonatal en los lactantes prematuros tardíos, aumento de la mortalidad y el riesgo relativo de muerte por cada semana decreciente en la edad gestacional (EG) <40 semanas (11). No obstante, es fundamental enfatizar la necesidad de que cada unidad que atienda a estos pacientes cuente con normas y protocolos específicos para la atención del prematuro tardío.

Conclusiones

Los recién nacidos prematuros tardíos presentan un riesgo incrementado de desarrollar complicaciones neonatales. En nuestro estudio, se evidenció una mayor prevalencia de hiperbilirrubinemia, dificultades en la alimentación que requirieron nutrición parenteral prolongada, taquipnea transitoria y requerimientos de oxígeno superiores a 0.30. Estas condiciones resultaron en una estancia hospitalaria más prolongada en comparación con los neonatos a término. Es esencial implementar protocolos de monitoreo y tratamiento adaptados a sus necesidades específicas para reducir la morbilidad y mejorar los resultados neonatales.

Contribución de los autores:

Patricia Palacios – Raisa Peñafiel: Conceptualización del estudio, recolección de datos, redacción del manuscrito, análisis estadístico, revisión crítica del contenido.

Verónica Campos: Supervisión metodológica, corrección del manuscrito.

Todas las autoras aprobaron la versión final del manuscrito.

Agradecimientos: Agradecemos al personal médico, docente y administrativo de la Unidad de Neonatología del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde por su colaboración. Así como a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por su apoyo institucional en el desarrollo del presente estudio.

Declaración ética

El presente estudio recibió las autorizaciones necesarias para ser realizado por el departamento de investigación del hospital. Toda la información fue tratada de forma anónima y confidencial para resguardar la protección de datos personales de los pacientes.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan las conclusiones de este estudio están disponibles previa solicitud razonable a los autores correspondientes. Los datos no están a disposición del público debido a restricciones éticas o de privacidad.

Conflictos de interés:

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiamiento:

Este estudio no recibió financiación externa

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Edwards EM, Greenberg LT, Ehret DEY, Lorch SA, Horbar JD. Discharge Age and Weight for Very Preterm Infants: 2005-2018. *Pediatrics*. 2021;14
3. Aly H, Hoffman H, El-Dib M, Said L, Mohamed M. Factor affecting length of stay in late preterm infants: a US national database study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28:598-604.
4. Montenegro BL, Amberson M, Veit L, Freiburger C, Dukhovny D, Rhein LM. Economics of Home Monitoring for Apnea in Late Preterm Infants. *Respir Care*. 2017;62:42-8.
5. Joyce AH, Sengupta A, Garfield CF, Myers P. When is My Baby Going Home? Moderate to Late Preterm Infants are Discharged at 36 Weeks Based on Admission Data. *Am J Perinatol*. 2021;38:773-8.
6. Kumari R, Singh S, Kumar M, Dadhich A. Neonatal infections: Incidence, risk factors, clinical manifestations, diagnosis and management. *Semin Perinatol*. 2015;39(7):416-23.
7. Mederos A. Caracterización del neonato pretérmino tardío y a término precoz. *Acta Médica del Centro*. Vol. 17 No. 2. Abril-Junio 2023.
8. Lockyear C, Coe K, Greenberg RG, Clark RH, Aleem S. Trends in morbidities of late preterm infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2023 Nov;43(11):1379-84.
9. Reddy DK. *Kernicterus*. StatPearls Publishing; 2025.

10. J. Neonatal Respiratory Distress Syndrome: Tackling A Worldwide Problem. *P T*. 2019;44(1):12-14.
11. Sharma, D., Padmavathi, I. V., Tabatabaïi, S. A., & Farahbakhsh, N. (2019). Late preterm: a new high-risk group in neonatology. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(16), 2717–2730. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670796>.
12. Yarci E, Canpolat FE. Evaluation of Morbidities and Complications of Neonatal Intensive Care Unit Patients with Respiratory Disorders at Different Gestational Ages. *Am J Perinatol*. 2022;29(14):1533-1540.
13. Steurer MA, Jelliffe-Pawłowski LL, Baer RJ, Partridge JC, Rogers EE, Keller RL. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in late preterm and term infants in California. *Pediatrics*. 2017 Jan;139(1):e20161165.
14. Mayerl CJ, Gould FDH, Bond LE, Stricklen BM, Buddington RK, German RZ. Preterm birth disrupts the development of feeding and breathing coordination. *J Appl Physiol* (1985). 2019;126(6):1681–1686.
15. Paredes LA. Factores de riesgo para hipoglucemia neonatal en prematuros tardíos y a término. Repositorio Académico USMP; 2023. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/14555/paredes_la.pdf?isAllowed=y&sequence=1.
16. Rather GN, Jan M, Rafiq W, et al. Morbidity and mortality pattern in late preterm infants at a tertiary care hospital in Jammu & Kashmir, Northern India. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(12):SC01-SC04.
17. Joshi NS, Huynh K, Lu T, Lee HC, Frymoyer A. Epidemiology and trends in neonatal early onset sepsis in California, 2010-2017. *J Perinatol*. 2022 Jul;42(7):940-946. doi: 10.1038/s41372-022-01393-7. Epub 2022 Apr 25. PMID: 35469043.
18. Liu X, Wang Y, Li Y, et al. Association between duration of early empiric antibiotics and necrotizing enterocolitis and late-onset sepsis in preterm infants: a multicenter cohort study. *Eur J Pediatr*. 2022;181(6):2161–2169. doi: 10.1007/s00431-022-04579-5.
19. Jin Y, Jung E, Park JH, Park EA, Lee JH, Kim YJ. Medical Utilization and Costs in Preterm Infants in the First 6 Years of Life After Discharge From Neonatal Intensive Care Unit: A Nationwide Population-Based Study in Korea. *J Korean Med Sci*. 2022 Mar 21;37(11):e93. doi:10.3346/jkms.2022.37.e93.
20. Higgins Joyce A, Sengupta A, Garfield CF, Myers P. When is My Baby Going Home? Moderate to Late Preterm Infants are Discharged at 36 Weeks Based on Admission Data. *American Journal of Perinatology*. 2019 Dec 30. doi:10.1055/s-0039-3401850