

Prematuridad tardía

Late prematurity

Cecília Drebes Pedron,^I Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha,^{II} Lilian Cordova do Espirito Santo,^{III} Mariana Bello Porciuncula,^{III} Arlene Gonçalves dos Santos Pedroso,^{III} Luana Santos da Silva^I

^I Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Brasil.

^{II} Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Brasil.

RESUMEN

Introducción: el avance científico y tecnológico en la salud perinatal ayudó a mejorar el índice de supervivencia de niños que nacen con tiempo de gestación de entre 34 y 36 semanas y 6 días, denominados pretérmino o prematuros. El estudio tuvo como objetivo conocer la producción científica sobre prematuridad tardía.

Métodos: revisión integradora, debido a que permite incluir diferentes tipos de estudios, ofreciendo una perspectiva más amplia sobre el tema en cuestión.

Las investigaciones se publicaron en el periodo de julio de 2002 a julio de 2012, en las bases de datos SciELO, CINAHAL y ScienceDirect. Los datos se analizaron y se categorizaron en tres semanas. El primer grupo fue de riesgos relacionados a la morbimortalidad en la prematuridad tardía; el segundo, conducta terapéutica y condición de salud en la prematuridad tardía; y el último consideró las repercusiones de la prematuridad en la infancia.

Resultados: la mayoría de las investigaciones publicadas -aun así, escasas- se referían a los riesgos relacionados a la morbimortalidad en la prematuridad tardía, con un incremento en los últimos cuatro años. Predominaron las publicaciones estadounidenses.

Conclusión: se percibe la necesidad de publicaciones sobre el cuidado de enfermería pensado para estos prematuros.

Palabras clave: late preterm, infant care, preterm.

ABSTRACT

Introduction: Scientific and technological advances in perinatal health have helped improve survival among children born at gestational ages between 34 and 36 weeks and 6 days, known as preterm or premature children. The study was aimed at acquiring knowledge about the scientific production on late prematurity.

Methods: An integrating review was conducted which included various types of studies, thus offering a broader outlook on the topic. The papers surveyed were published from July 2002 to July 2012 in databases SciELO, CINAHAL and ScienceDirect. Data were analyzed and classified into three categories: risks related to morbidity and mortality in late prematurity; therapeutic management and health status in late prematurity; and effects of prematurity upon childhood.

Results: Most of the studies published -scarce as they were- referred to risks related to morbidity and mortality in late prematurity, with an increase in the last four years. There was a predominance of US publications.

Conclusion: A need is perceived of studies about the nursing care of preterm babies.

Keywords: late preterm, infant care, preterm.

INTRODUCCIÓN

Se considera prematuridad al nacimiento previo a las 37 semanas de edad gestacional completas. Estos niños, denominados pretérmino o prematuros (RNPTT), exigen cuidados especiales debido a la condición anticipada de su nacimiento.¹ Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS),² se estima que anualmente nacen quince millones de bebés prematuros. La tasa de prematuridad en Brasil muestra un aumento con valores que varían del 3,4 al 15 %.³ Un estudio de cohortes perinatales llevado a cabo en la ciudad de Pelotas, Brasil, indicó que la tasa de nacimientos pretérmino presentó un aumento superior al 130 %³ en el periodo de 1982 a 2004.¹ En Estados Unidos la prematuridad alcanzó el 12,3 % de los nacimientos en el 2003, indicando el aumento de un 31 % comparándolo a la década anterior.⁴

Se debe considerar que el aumento de prematuros causa perjuicios para el sistema de salud, pues existen morbilidades -que afectan a los mismos- vinculadas a su condición. Entre estas, existe un mayor riesgo de enfermedades respiratorias y complicaciones oculares durante el primer año de vida, presión arterial elevada en la infancia, gastroenteritis y enterocolitis necrotizantes, diabetes y otras relacionadas al desarrollo, como desórdenes fonoaudiológicos.⁵⁻⁷

Los RNPTT han sido considerados -hasta no hace mucho- como niños que han nacido casi a término, sin embargo, no se los puede considerar así, ya que tienen más secuelas y morbosidades que los que han nacido a término.⁸ Además de presentar un aumento importante de riesgo de muerte, principalmente en el periodo neonatal,⁹ requieren cuidados específicos, enfocados en el desarrollo neuromotor.¹⁰

Los responsables de los nacimientos prematuros son los factores idiopáticos y ruptura precoz de membranas amnióticas en un 80 %, y los factores causados por complicaciones obstétricas en un 20 %.⁴ En ese sentido, se necesitan

intervenciones para la cualificación de la atención en los niveles primarios y secundarios de la atención a la salud, apuntando a reducir este tipo de nacimiento.⁴

Cabe destacar la importancia de observar la condición del RNPTT con respecto a sus particularidades, pues requieren cuidados específicos aún no contemplados de forma amplia en los servicios de salud.

Estudios han demostrado que las madres de los RNPTT necesitan apoyo constante e intensivo para el cuidado de los bebés.¹¹ Debido a eso, el conocimiento de los profesionales de la salud relacionado con la percepción de las madres sobre su hijo prematuro es fundamental para la planificación del cuidado de estos niños.

Los profesionales de la salud deben realizar el cálculo de la edad corregida de los RNPT para planificar cuidados individuales y convenientes a su crecimiento y desarrollo. La edad del prematuro debe corregirse calculando el término, o sea, la edad de un bebé que nació con 40 semanas. Este ajuste de edad es el indicado para la evaluación neuromotora, de peso, altura, perímetro cefálico, orientación alimentaria, y también en las de audición y visión, principalmente para la retinopatía de la prematuridad.

Se optó por realizar este estudio considerando que la prematuridad se muestra como la principal causa de muerte de los recién nacidos, y como la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, además de ser la causa de innumerables incapacidades en los sobrevivientes.⁹

La preocupación respecto a la necesidad de cuidados específicos con el RNPTT, determinó la existencia de esta investigación con el objetivo de saber la producción científica relacionada a la prematuridad.

MÉTODOS

Se usó la revisión integradora, por ser un método que permite efectuar diferentes tipos de estudios. Ofrece la posibilidad de articular, de modo sintético, los resultados de investigaciones ya elaboradas, profundizar los conocimientos sobre el tema investigado, reflexionar y contribuir con la práctica asistencial y con el desarrollo de nuevas investigaciones en el área.

Este estudio se realizó en seis etapas.¹² Se definió el tema a partir del interés y área de actuación de las investigadoras y de la pregunta orientadora: ¿Qué investigaciones se están produciendo sobre prematuridad tardía?

Para los artículos se definieron como criterios de inclusión: originalidad; haber sido publicados entre junio del 2002 y junio de 2012 en periódicos nacionales e internacionales en los idiomas portugués, inglés o español y que trataran de la prematuridad tardía. Se excluyeron los artículos publicados en otros idiomas y los que estudiaron otras etapas de la prematuridad.

La búsqueda de los artículos se realizó en las bases de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online), Science Direct y CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Se utilizó el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) *infantcare (cuidado del lactante)* vinculado a las palabras clave *late preterm late preterminfant*.

Después se procedió a la lectura, organización y síntesis de los artículos. Se categorizaron las informaciones de modo conciso, incluyendo datos sobre la metodología empleada, objetivo, muestra, principales resultados y conclusiones. El análisis y los principales resultados se organizaron en tres temas: riesgos relacionados con la morbilidad en la prematuridad tardía, conducta terapéutica y condición de salud en la prematuridad tardía, y repercusiones de la prematuridad tardía en la infancia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las investigaciones que se encontraron en las bases de datos SciELO, SCIEDIRECT y CINAHL sumaron 112 artículos. De estos se excluyeron 84, ya que no eran investigaciones originales o no se referían a los recién nacidos pretérmino tardíos. La base de datos con más publicaciones fue la ScienceDirect, en que se publicaron más de la mitad de los artículos analizados (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de artículos localizados, excluidos y analizados por bases de datos electrónicas

Base de datos	Localizados	Excluidos	Analizados
SCIELO	35	27	8
SCIENCE DIRECT	46	28	18
CINAHL	31	29	2
TOTAL	112	84	28

Los datos de la tabla 2 indican que el interés por la prematuridad tardía se manifiesta en las publicaciones a partir del 2006. No hay registro de artículos entre el 2002 y el 2005. Se observa el aumento gradual de la producción de artículos durante los últimos seis años, con un 8 % entre 2006 y 2008 y más de un 20 % anual entre 2009 y 2012. Cabe resaltar que en los primeros seis meses de 2012 se publicó el 21 % de los artículos del periodo.

Los artículos se distribuyeron en los niveles de evidencia 1B, 2B, 3B y 4B, de acuerdo con el *Oxford Center for Evidence based Medicine*.¹³ Se obtuvieron dos artículos en nivel 1B, nueve en nivel 2B, tres en 3B y 14 en nivel 4B; entre estudios de cohorte, de caso-control, ensayos controlados y aleatorizados y ensayos aleatorios triple ciego, con predominio de los estudios de cohorte.

Los países en los que se desarrollaron las investigaciones y el número de artículos publicados, informados entre paréntesis, fueron Alemania (1), Brasil (2), Chile (3), España (2), Estados Unidos (11), Grecia (2), Israel (1), Italia (2), Japón (2), Taiwán (1) y Uruguay (1); es evidente la preponderancia de la producción estadounidense.

De los 28 artículos, 24 son de investigadores del área médica, en las especialidades de neonatología, pediatría, ginecología, obstetricia, medicina fetal, salud pública y epidemiología. De los otros cuatro artículos uno es del área fonoaudiológica, uno de la psicología y dos de enfermería.

Los artículos se clasificaron en tres temas principales:

1. Riesgos asociados a la morbilidad y mortalidad en la prematuridad tardía.
2. Conducta terapéutica y condición de salud en la prematuridad tardía.

Repercusiones de la prematuridad tardía en la infancia, con predominancia del tema riesgos asociados a la morbilidad y mortalidad en la prematuridad tardía. Los temas se presentan a seguir.

Tabla2. Distribución de los artículos por año de publicación

Año	Número de artículos	%
2006	1	4
2007	0	0
2008	1	4
2009	7	25
2010	6	21
2011	7	25
2012	6	21

Riesgos asociados a la morbilidad y mortalidad en la prematuridad tardía

La morbilidad y mortalidad relacionada con el RNPTT es un tema recurrente en las investigaciones. Se identificaron trece estudios sobre este tema.¹⁴⁻²⁶

La identificación de factores de riesgo en grupos de pretérmino tardíos sin malformaciones, comparándolos a los recién nacidos a término es una estrategia que utilizan los investigadores del área. Se encontraron como morbilidades principales: hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, reflujo gastroesofágico, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y crisis convulsivas.

Hay publicaciones sobre el tratamiento para la apnea y bradicardia, implementación de dieta gástrica, uso de antibiótico para sepsis, tratamiento de anemia con transfusión sanguínea e inestabilidad térmica. Los trastornos respiratorios con el uso de surfactante, oxigenoterapia y soporte ventilatorio son los predominantes, aunque hay otros temas como la necesidad de reanimación en sala de parto y el uso de complementos alimenticios.^{14-19,24,25} Como principales causas de las readmisiones de estos RNPTT se destacaron, en la literatura analizada, la apnea y la hipoglucemia.¹⁵

Hay investigaciones en las que no se establecieron las conexiones entre prematuridad tardía y enterocolitis necrotizante, sepsis o desarrollo de crisis asmáticas. Otro factor evaluado se refiere a las etnias, comparándose a bebés afrodescendientes no hispanicos a otros grupos étnicos, y se constató que estos tienen menor riesgo de desarrollar morbilidades.^{17,20,21} Sin embargo, en otra investigación se demostró que, en los últimos años, la tasa de prematuridad tardía aumentó entre las mujeres negras, si se las compara a las mujeres blancas hispanicas.²⁶

Hay varios estudios^{14,21,22,25} que apuntan factores de riesgo al desarrollo de morbilidades en los RNPTT. Estos factores pueden estar vinculados a la madre - como ser de origen asiático y haber presentado complicaciones en el trabajo de parto-, relacionados con el bebé -como ser primogénito y no estar amamantándose

en el momento del alta- y aún relacionados con el origen de la fuente pagadora del parto.²¹ El parto por cesárea y la gemelaridad también aparecen en la literatura como factores de riesgo en el desarrollo de morbilidades en estos recién nacidos.^{16,18}

Los riesgos también pueden estar vinculados a la gestación, tales como ser recién nacido pequeño para la edad gestacional, gestaciones múltiples, ausencia de suministro de corticoides a la gestante, cesáreas de emergencia, hemorragia preparto,²²reproducción asistida y desarrollo de preeclampsia. La edad gestacional fue un pronosticador altamente significativo para la mortalidad en los RNPTT.²³

Al evaluar la morbimortalidad de los RNPTT comparándolos a los bebés a término, en dos épocas distintas, una investigación identificó que ocurrió un aumento significativo en la tasa de prematuridad. Este aumento fue de 3,9 a 9,8 con un 78 % de prematuros tardíos. La mortalidad entre los prematuros tardíos fue del 5 % y comparada a la del recién nacido a término fue del 1,1 %.¹⁶ Por lo visto, existe la necesidad de una atención especial en el diagnóstico y tratamiento de las morbilidades para esa población vulnerable, especialmente en la insuficiencia respiratoria hipóxica, ya que los RNPTT tienen el triple de riesgo para la mortalidad e hipoxia²³ y óbito neonatal nueve veces más alto.¹⁹

Conducta terapéutica y la condición de salud en la prematuridad tardía

El nacimiento precoz puede estar vinculado a una conducta terapéutica. En ese sentido se encontraron cinco investigaciones que trataron sobre este tema.²⁷⁻³¹ Una investigación propuso determinar la proporción de nacimientos prematuros por iatrogenia, comparando conductas basadas en evidencias con las conductas no basadas. En cohorte retrospectiva con 2693 RNPTT, el 32,3 % se consideró como el resultado de nacimientos con indicaciones de conductas iatrogénicas, y un 56,7 % de indicaciones no basadas en evidencias. Entre los nacimientos derivados de conductas no basadas en evidencias, en el 56 % de los casos hubo que internar a los RNPTT. La investigación destacó la necesidad de crear directrices de manejo clínico que orienten conductas adecuadas.²⁷

Al evaluar los factores desencadenantes del parto de RNPTT y comparar los resultados por edad gestacional, un estudio retrospectivo analizó el nacimiento de 299 bebés, entre ellos 49 eran de 34 semanas, 50 de 35 semanas, 50 de 36 semanas y 150 a término. En ese contexto, el 92 % de los bebés nacieron por trabajo de parto espontáneo o ruptura prematura de membranas. De estos, los nacimientos precoces necesitaron más tiempo de internación en los casos de prematuros tardíos, debido a los problemas de alimentación (el 36 % para RNPTT contra el 5 % a término), hiperbilirrubinemia (el 25 % contra el 3 %) y complicaciones respiratorias (el 20 % contra el 5 %). Las complicaciones neonatales fueron mínimas para bebés de 38 semanas o más.²⁸

Con la intención de verificar si el uso de corticoides antenatales en dosis de 12 mg durante dos días consecutivos puede traer beneficios a los RNPTT, se realizaron dos investigaciones, una de cohorte y otra de ensayo clínico triple ciego. Ambas obtuvieron el mismo resultado y se pudo inferir que no hay diferencia significativa en el uso de corticoide previo al nacimiento en el caso de prematuridad tardía.^{29,30}

El nacimiento precoz puede afectar la interacción de la madre con el bebé. Sabiéndose que el contacto piel a piel puede ayudar en esta interacción, se realizó un estudio aleatorizado controlado que evaluó el efecto de ese contacto precoz por

cinco días ininterrumpidos, durante los primeros 18 meses de vida de prematuros tardíos. Se observó que los RNPTT obtuvieron el mismo grado de satisfacción con respecto al amamantamiento.

Repercusiones de la prematuridad tardía en la infancia

Entre los estudios analizados se encuentran 10 investigaciones que evaluaron las repercusiones fisiológicas y hemodinámicas de la prematuridad tardía, comparándola a los recién nacidos a término.³²⁻⁴¹ Los datos indican que los RNPTT representan una población fisiológicamente inmadura en términos de funciones respiratorias, inmunológicas, metabólicas y en características neurológicas, que difieren bastante de los recién nacidos a término.³²

Un estudio de 7 998 recién nacidos indicó, que la morbilidad con consecuente hospitalización era mayor en los RNPTT, del 36 %; mientras que solo para un 2 % de los RN a término fue necesaria la internación.³³

Uno de los principales parámetros evaluados y con gran repercusión para el RNPTT fue el de los problemas respiratorios.^{32,33} En este parámetro, las investigaciones evaluaron síndrome de distrés respiratorio, taquipnea transitoria, neumonía, neumotórax y apnea. Hubo una diferencia significativa de dificultades respiratorias para los RNPTT comparándolos a los nacidos a término.³² En un estudio en el que se evaluaron 417 RNPTT -poco después del nacimiento o con necesidad de tratamiento prolongado e internación hospitalaria- se constató una elevada frecuencia de problemas respiratorios.³²

Los problemas metabólicos también se caracterizan como una repercusión de la prematuridad tardía, con relatos de hipoglucemia, hipomagnesemia, hipo e hipernatremia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y deshidratación como situaciones frecuentes. Durante la internación, el RNPTT debe controlarse por la posibilidad de pérdida de peso significativa, desequilibrio electrolítico del sodio y del calcio y disturbios debido a trastornos alimentarios, con la aparición de hiperbilirrubinemia de inicio tardío.³²

Un estudio evaluó la hiperbilirrubinemia, investigando niveles de bilirrubina transcutánea en 4 387 recién nacidos, entre los que había 793 RNPTT. Se colectaron los niveles séricos de los recién nacidos hasta el quinto día de vida y se verificó que los RNPTT tienen tres veces más posibilidades de presentar hiperbilirrubinemia. Este estudio demostró que la hiperbilirrubinemia no podría estar vinculada al amamantamiento, ya que los recién nacidos considerados en la investigación no tuvieron internación hospitalaria y eran amamantados de forma eficaz.³⁴ Como este estudio, otros también corroboran que se ha comprobado que los niveles de bilirrubina son más altos en los RNPTT.^{32,33}

Otro aspecto relatado se refiere a la dificultad de alimentación, que es significativamente mayor en los RNPTT.³³ Un estudio que evaluó las causas de la dificultad de amamantamiento, comparó los parámetros de succión no nutritiva de recién nacidos a término y de RNPTT, con protocolo adaptado de la Escala de Evaluación Motora Oral. Los reflejos de búsqueda, succión, prensión palmar y manos en promedio fueron menos frecuentes en los RNPTT, que presentaron predominio de succión esporádica, succión con pausas largas y bloqueo y/o temblores de la mandíbula. Los RNPTT también presentaron retracción y protracción lingual. Esas características contribuyen con la dificultad y el mantenimiento de la succión en el seno materno de los RNPTT.³⁵

Con respecto a las repercusiones de la prematuridad tardía, un estudio observó las subclases de lipoproteínas en los RNPTT, en la evaluación precoz de la sangre de cordón, evidenciando un aumento de colesterol cuando se los compara a los recién nacidos a término, por lo que se trata de otro perjuicio del nacimiento precoz.³⁶

Las infecciones fueron foco de estudios y, cuando se las relacionó con problemas maternos, se vio que pueden comprometer al RNPTT con posible daño cerebral.³² Una cohorte retrospectiva que evaluó los riesgos del RNPTT de parálisis cerebral, retardo o retraso en el desarrollo mental y crisis convulsivas en la infancia, encontró que en los RNPTT tardíos aumenta hasta tres veces el riesgo de estos problemas comparados a los bebés a término.³⁷

Se verificó que el desarrollo sensorial de los RNPTT presenta déficit durante el primer año de vida debido al perjuicio de modulación sensorial.^{38,39} Sin embargo, una investigación mostró que, si se lo compara a la edad corregida, ese daño puede ser nulo.⁴⁰

Además de esas repercusiones que la prematuridad causa, se constató una diferencia significativa con respecto a los bebés a término en la inestabilidad de temperatura, índices de reinternación hospitalaria y tasa de mortalidad neonatal, que se mostraron más altos en los RNPTT.³³ No se comprobó la relación entre accidentes vasculares cerebrales y prematuridad.⁴¹

Consideraciones finales

Esta revisión integradora nos permitió conocer las investigaciones que se están desarrollando sobre el tema de prematuridad tardía en diferentes contextos. La metodología que subsidió este trabajo se mostró como una herramienta adecuada para la adquisición de conocimiento al agregar diferentes resultados y apoyar la práctica clínica basada en evidencias.

Las publicaciones analizadas derivan de estudios con diferentes delineaciones, como estudios de cohorte, caso-control y ensayos clínicos. Se observó un aumento de las publicaciones científicas sobre esta temática a partir del año 2006, con más publicaciones de investigaciones estadounidenses. En América Latina, en los 10 años que el estudio abarcó se publicaron solo seis de los 28 estudios analizados.

Las limitaciones de este estudio están asociadas al hecho de que el estudio de la prematuridad tardía es reciente en la literatura, con pocas publicaciones sobre el tema y alta concentración de las producidas, predominantemente de un contexto.

Se puede observar que la morbimortalidad asociada al nacimiento del RNPTT es el tema más frecuente en las investigaciones que tratan de este asunto. La identificación de factores de riesgo y la incidencia de desenlaces desfavorables en poblaciones de RNPTT, cuando se los compara a recién nacidos a término, es una estrategia que suelen usar los investigadores del área.

Cambios respiratorios y metabólicos son comunes en RNPTT, con las comparaciones que se repiten con recién nacidos nacidos a término. Es innegable la repercusión que la prematuridad tardía tiene sobre la fisiología de los bebés, aunque a veces en la cotidianidad de las instituciones de salud se los trate como si fueran bebés a término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):390-8.
2. Dimes Mo, PMNCH, Children St, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
3. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):957-64.
4. Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. *Rev Saúde Criança Adolesc*. 2011;3(1):14-8.
5. Mello RRd, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMdA. Neonatal risk factors for respiratory morbidity during the first year of life among premature infants. *Sao Paulo Med J*. 2006;124(2):77-84.
6. Isotani SM, Azevedo MFd, Chiari BM, Perissinoto J. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2009;21(2):155-60.
7. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MdCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):207-18.
8. McIntire D, Leveno K. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births at term. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1):35-41.
9. Santos I, Matijasevich A, Silveira M, Scowitz I, Barros A, Victora C, et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22(4):350-9.
10. Procianny R. Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns. Brasília: ed. Brasil; 2009. p. 5.
11. Nascimento MBRd, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar *Jornal de Pediatria*. 2004;80(5):S163-72.
12. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
13. Medicine OCfE-b. Níveis de Evidência Científica segundo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. 2001. [citado: 20 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.huwc.ufc.br/nats/download/pdf_Of83835a321d9c67de14d41b4c784d01.pdf

14. Bastek JA, Sammel MD, Paré E, Srinivas SK, Posencheg MA, Elovitz MA. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(4):367.
15. Ishiguro A, Namai Y, Ito YM. Managing "healthy" late preterm infants. *Pediatrics International*. 2009;51(5):720-5. PubMed PMID: 44342992.
16. Demestre Guasch X, Raspall Torrent F, Martínez-Nadal S, Vila Cerén C, Elizari Saco MJ, Sala Castellví P. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. *Anales de Pediatría*. 2009;71(4):291-8.
17. Valdés R E, Sepúlveda M A, Catalán M J, Reyes P A. Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control REV CHIL OBSTET GINECOL. 2012;77(3):195-200.
18. Rojas Feria P, Pavón Delgado A, Rosso González M, Losada Martínez A. Complicaciones a corto plazo de los recién nacidos pretérmino tardíos. *Anales de Pediatría*. 2011;75(3):169-74.
19. Araújo BFd, Zatti H, Madi JM, Coelho MB, Olmi FB, Canabarro CT. Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardíos. *Jornal de Pediatría*. 2012;88(3):259-66.
20. Abe K, Shapiro-Mendoza CK, Hall LR, Satten GA. Late Preterm Birth and Risk of Developing Asthma. *The Journal of Pediatrics*. 2010;157(1):74-8.
21. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. *Seminars in Perinatology*. 2006;30(2):54-60. PubMed PMID: 2009206656.
22. Dimitriou G, Fouzas S, Georgakis V, Vervenioti A, Papadopoulos VG, Decavalas G, et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. *Early Human Development*. 2010;86(9):587-91.
23. Ramachandrapa A, Rosenberg ES, Wagoner S, Jain L. Morbidity and Mortality in Late Preterm Infants with Severe Hypoxic Respiratory Failure on Extra-Corporeal Membrane Oxygenation. *The Journal of Pediatrics*. 2011;159(2):192-8.
24. Wright K, Byers JF, Norris AE. Factors Related to Birth Transition Success of Late Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2012;12(2):97-105.
25. Moraes DM, Pimienta M, Madera N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. *Arch Pediatr Urug*. 2009;80(3):6.
26. Murthy K, Holl JL, Lee TA, Grobman WA. National trends and racial differences in late preterm induction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;205(5):458.
27. Gyamfi-Bannerman C, Fuchs KM, Young OM, Hoffman MK. Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;205(5):456.

28. Lubow JM, How HY, Habli M, Maxwell R, Sibai BM. Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009;200(5):30-33.
29. Bastek JA, Sammel MD, Rebele EC, Srinivas SK, Elovitz MA. The effects of a preterm labor episode prior to 34 weeks are evident in late preterm outcomes, despite the administration of betamethasone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;203(2):140.1-7.
30. Porto A, Coutinho I, Correia J, Amorim M. Effectiveness of antenatal corticosteroids in reducing respiratory disorders in late preterm infants: randomised clinical trial *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2011;76(4):282-4.
31. Chiu S-H, Anderson GC. Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: Randomized controlled trial *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46:12.
32. Picone S, Paolillo P. Neonatal outcomes in a population of late-preterm infants. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2010;23:116-20. PubMed PMID: 54135453.
33. Tsai M-L, Lien R, Chiang M-C, Hsu J-F, Fu R-H, Chu S-M, et al. Prevalence and Morbidity of Late Preterm Infants: Current Status in a Medical Center of Northern Taiwan. *Pediatrics & Neonatology*. 2012;53(3):171-7.
34. Fouzas S, Karatza AA, Skylogianni E, Mantagou L, Varvarigou A. Transcutaneous Bilirubin Levels in Late Preterm Neonates. *The Journal of Pediatrics*. 2010;157(5):762-6.
35. Kao APdOG, Guedes ZCF, Santos AMNd. Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(3):5.
36. Nagano N, Okada T, Yonezawa R, Yoshikawa K, Fujita H, Usukura Y, et al. Early postnatal changes of lipoprotein subclass profile in late preterm infants. *Clinica Chimica Acta*. 2012 Jan 18;413(1-2):109-12. Pub Med PMID: WOS:000298462400016.
37. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased Risk of Adverse Neurological Development for Late Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics*. 2009;154(2):169-76.
38. Bart O, Shayevits S, Gabis LV, Morag I. Prediction of participation and sensory modulation of late preterm infants at 12 months: A prospective study. *Research in Developmental Disabilities*. 2011/12;32(6):2732-8.
39. Voigt B, Pietz J, Pauen S, Kliegel M, Reuner G. Cognitive development in very vs. moderately to late preterm and full-term children: Can effortful control account for group differences in toddlerhood? *Early Human Development*. 2012;88(5):307-13.
40. Romeo DM, Di Stefano A, Conversano M, Ricci D, Mazzone D, Romeo MG, et al. Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2010;14(6):503-7.

41. Martínez MJL, Díaz HR, Sánchez CE. Accidente vascular encefálico en recién nacidos de término y pretérmino tardíos. Rev Chil Pediatr. 2009;80(1):5.

Recibido: 23 de enero de 2013.

Aprobado: 14 de mayo de 2013.

Cecília Drebes Pedron. Rua São Manoel, 963. Campus Saúde, Bairro Rio Branco, Porto Alegre, RS - Brasil. (55) 51 93997079 Email: cepedron@gmail.com