

SEGUIMIENTO DEL PREMATURO TARDÍO EN ATENCIÓN PRIMARIA

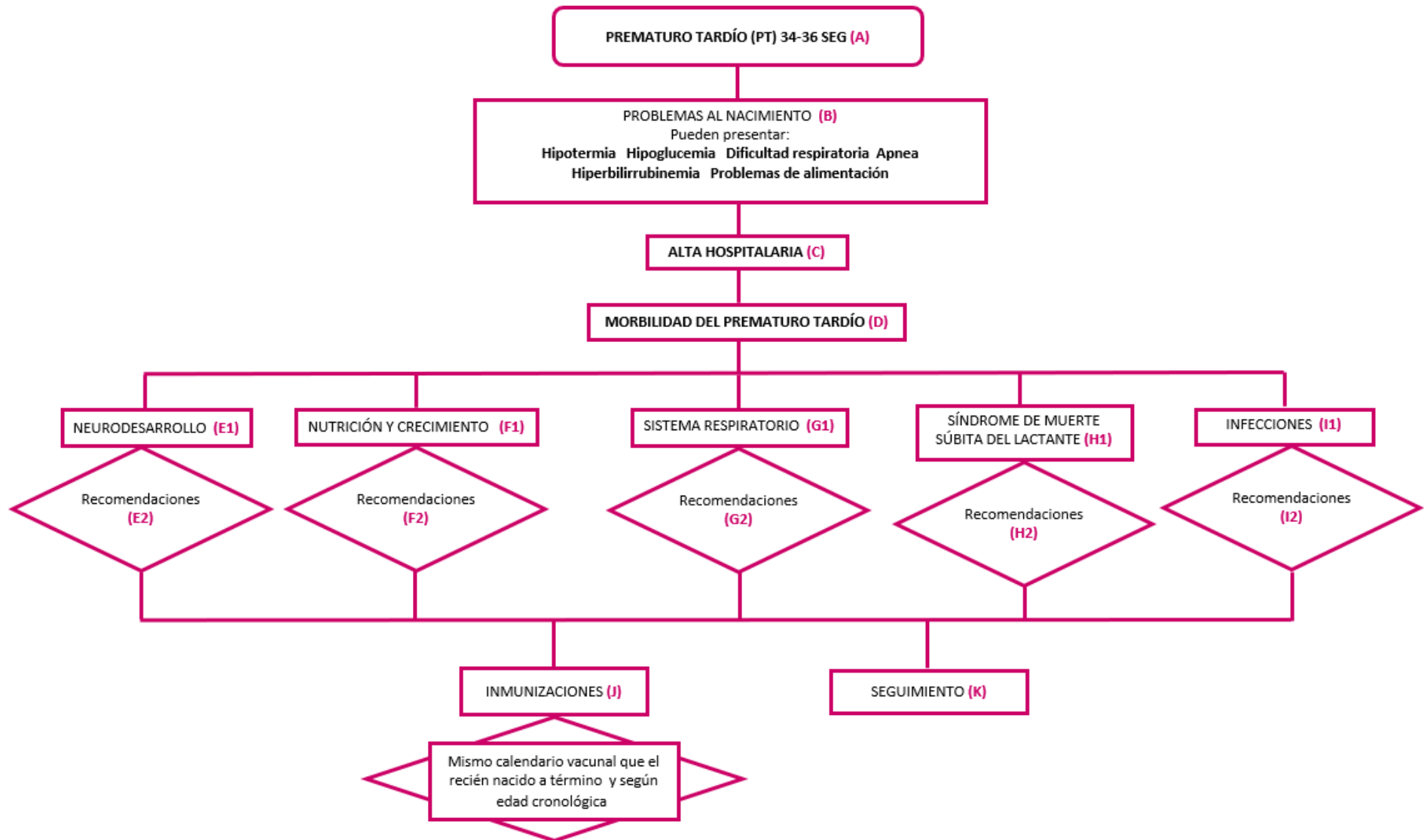
Yolanda Martín Peinador: Pediatra AP. CS Goya. Madrid.

Correo electrónico: yolmarpei@gmail.com

Palabras clave: Recién nacido prematuro. Prematuro. Prematuro tardío. Atención de seguimiento.

Key words: Preterm infant. Premature. Late preterm. Follow-up care.

Cómo citar este algoritmo: Martín Peinador Y. Seguimiento del prematuro tardío en Atención Primaria. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/90/>



A. PREMATURO TARDÍO (PT): 34-36 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL (SEG)

Se denominan prematuros tardíos (PT) a aquellos niños nacidos entre la 34 y la 36 SEG¹. En España, la tasa global de prematuridad está en torno al 7%, de los cuales aproximadamente un 70% son prematuros tardíos.

Factores asociados a mayor riesgo de un nacimiento prematuro tardío:

- Vigilancia obstétrica, detectando problemas en el estado de la madre, de la placenta y/o del feto, que de continuar la gestación pudieran tener consecuencias negativas.
- Gestación múltiple, a menudo asociado a técnicas de reproducción asistida.
- Errores en la determinación de la edad gestacional, estableciendo un “a término” erróneo.
- Factores maternos como la edad (más allá de los 30 y en adolescentes) y enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar, renal, cardíaca, herpes genital y tabaquismo.

B. PROBLEMAS AL NACIMIENTO

Durante la hospitalización, tras el nacimiento, el PT tiene hasta 7 veces más probabilidad de presentar ciertos problemas o patologías comparado con el recién nacido a término (RNT). Muchos de sus problemas iniciales son debidos a su inmadurez^{2,3}. El riesgo de complicaciones aumenta si además se presentan factores de riesgo maternos: enfermedad crónica, hemorragia preparto, infecciones, herpes genital.

- **Hipotermia.** El PT tiene menos tejido adiposo para el aislamiento térmico y no puede generar calor de forma efectiva desde el tejido adiposo pardo, perdiendo además más calor por su relación peso/superficie corporal.
- **Hipoglucemia.** Aunque ocurre en todos los RN de todas las EG, es debido a su respuesta metabólica insuficiente a la abrupta pérdida de aporte de glucosa materna tras el nacimiento. Es más probable cuanto menor es la edad gestacional.
- **Dificultad respiratoria.** Debida a la inmadurez de su estructura pulmonar y disminución en la producción de surfactante, ya que su desarrollo continúa durante las semanas 34-36 EG. Problemas como: síndrome de distrés respiratorio (SDR), taquipnea transitoria RN, neumonía, fallo respiratorio y la necesidad de soporte ventilatorio (administración de O₂, intubación, administración de surfactante) son mayores en el PT

comparado con el RNT. La morbilidad respiratoria aumenta según disminuye la EG. También, el PT tiene mayor tasa de episodios de hipoxemia intermitente, especialmente durante el sueño, lo que puede estar relacionado con el desarrollo neurológico.

- **Apnea.** La incidencia documentada de apnea (obstructiva y central) y de episodios de bradicardia es superior en los PT. También presentan mayor riesgo de muerte súbita.
- **Hiperbilirrubinemia.** Debido a la inmadurez y al retraso en el desarrollo de las vías de conjugación hepática de la bilirrubina. Las dificultades en la alimentación también pueden dar lugar a un retraso en el establecimiento de la recirculación enterohepática de la bilirrubina, causando así un aumento de la bilirrubina sérica. El riesgo de daño cerebral y kernícterus por un nivel determinado de bilirrubina es también mayor en el PT comparado con los RNT, debido a la relativa inmadurez de la barrera hematoencefálica, menor concentración de albúmina transportadora de bilirrubina circulante y mayor riesgo de otras enfermedades concurrentes. La hiperbilirrubinemia es el motivo más frecuente de reingreso hospitalario en el periodo cercano tras el alta en el PT.
- **Problemas de alimentación.** El PT puede presentar problemas para la alimentación oral debido a que los mecanismos precisos para una succión adecuada aún no están bien establecidos: musculatura orobucal y coordinación de los mecanismos de respiración/deglución.

C. ALTA HOSPITALARIA

Los criterios para el alta de un recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia para proporcionar los cuidados al recién nacido en el domicilio⁴. Esto es especialmente relevante en el niño nacido prematuramente.

La Academia Americana de Pediatría ha establecido unos criterios guía a revisar previos al alta del niño PT¹.

- Estabilidad fisiológica y competencia para mantener la temperatura corporal en cuna abierta: 36,5-37,4 °C.
- Mantenimiento de constantes vitales: FR menor de 60 rpm y FC entre 100-160 lpm.
- Alimentación establecida con coordinación succión-deglución-respiración adecuada y una pérdida de peso que no exceda el 7% del peso de recién nacido (PRN).
- Supervisar técnica de lactancia materna.
- Tránsito intestinal: al menos una deposición al día.
- Medidas preventivas y cuidados, al igual que en RNT: administración de Vit K, cribado auditivo y cribado metabólico.
- Entrevista con los padres, valorando el entorno familiar y social, identificando factores de riesgo.
- Asesorar a los padres en competencias para el cuidado de sus hijos y en la capacidad para detectar los problemas que con más frecuencia puedan presentar: ictericia, dificultades en alimentación y deshidratación.
- Y confirmar la visita a un centro de Atención Primaria dentro de las 48 horas tras el alta.

D. MORBILIDAD DEL PREMATURO TARDÍO

La mayor morbilidad del prematuro tardío puede deberse al hecho de haber nacido antes de tiempo, su inmadurez, problemas adaptativos y sus posibles consecuencias, pero también en parte a la pobre adherencia por parte de sus cuidadores a prácticas seguras y saludables. Las tasas de reingreso son 2-3 veces mayores en el PT en comparación con el RNT. Las causas que ocasionan estos reingresos van desde una época precoz por hiperbilirrubinemia, dificultades de la alimentación, pobre ganancia ponderal y apnea. En edades posteriores, pueden deberse a infecciones, problemas respiratorios, asma y trastornos neurológicos o de salud mental³.

E1. NEURODESARROLLO

Los factores implicados en el desarrollo neurológico son múltiples, pudiendo atribuirse a la genética y a la epigenética. De la 34 a la 40 SEG, no solo aumenta el peso del cerebro, sino que es también un periodo crítico en la maduración de la estructura del mismo⁵.

Nacer prematuramente tiene un riesgo significativamente mayor de problemas del neurodesarrollo, aprendizaje y comportamiento, debido al impacto negativo que las complicaciones inherentes de la prematuridad tienen sobre un cerebro aún inmaduro. Los bebés prematuros tardíos (PT) generalmente no experimentan el espectro de complicaciones médicas presentadas por los recién nacidos <34 SEG, pero sí presentan más morbilidad a corto plazo y mayores tasas de utilización de atención médica en el primer año de vida en comparación con los recién nacidos a término^{2,5}.

Los estudios publicados en la literatura científica sobre seguimiento a largo plazo del neurodesarrollo de los PT aportan información diversa y cambiante, hecho que podemos explicar por las diferencias en la práctica clínica, el diseño del estudio y los cambios en los cuidados perinatales a lo largo del tiempo³.

Estudios observacionales afirman que los PT tienen más riesgo de presentar problemas en el neurodesarrollo comparados con los RNT: déficits en su desarrollo neurológico con limitación en las adquisiciones motoras, ejecutivas, cognitivas y conductuales, con una relación inversamente proporcional a su edad gestacional. En la edad escolar puede presentar déficit cognitivo y problemas de aprendizaje con peores resultados en las áreas de lectura comprensiva y matemáticas. También se ha evidenciado mayor probabilidad de presentar trastornos del comportamiento y psiquiátricos, así como un

mayor riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁵. Otros estudios apuntan no encontrar diferencias significativas entre los RNT y aquellos PT considerados “sanos” sin factores de riesgo ni comorbilidades⁶.

Factores que imprimen un mayor riesgo para el neurodesarrollo son la morbilidad perinatal: presentar un crecimiento intrauterino restringido, hipoglucemia sintomática, hiperbilirrubinemia con necesidad de fototerapia, hipoxemia, hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular. Otros factores como la ausencia de lactancia materna y el bajo nivel sociocultural de los padres también influyen negativamente.

E2. RECOMENDACIONES NEURODESARROLLO

- Tener identificados los factores de riesgo asociados a un peor neurodesarrollo, así como la comprensión por parte de la familia de las necesidades para el cuidado y desarrollo de estos niños.
- El seguimiento neurológico no debe diferir del de cualquier niño nacido a término, realizándose en cada visita del Programa de salud infantil en el ámbito de la atención primaria o en las consultas de seguimiento hospitalarias. Se aplicará edad corregida (EC) hasta los 2 años de edad. Se realizarán al menos hasta los 2 años de EC y hasta los 4-5 años para aquellos con factores de riesgo⁵.
- Se recomienda utilizar pruebas de cribado como el [Haizea Llevant](#) y el cuestionario de cribado Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3)⁷. Este último está disponible en www.proyectoacuna.es y es de pago. El ASQ-3 está validado en varios países y es una herramienta de fácil aplicación y con buena aceptación entre los padres que son los respondedores del cuestionario. Evalúa cinco áreas del desarrollo: comunicación motora gruesa, motora fina, resolución de problemas y socio-individual. Ante hallazgos patológicos en el seguimiento de estos niños y/o resultados por

debajo de lo esperado en las pruebas de cribado, se completará el estudio y valoración con cuestionarios más amplios y/o específicos (test de Bayley III, M-CHAT) en el nivel asistencial pertinente.

- La detección precoz e inicio de terapia dirigida minimiza las secuelas de la prematuridad. Por ello, una vez detectado este alejamiento del desarrollo normal serán derivados a Atención Temprana y/o a los servicios especializados pertinentes (neurología, rehabilitación, fisioterapia, logopedia...).
- Al inicio y durante la etapa escolar, se deberá realizar un seguimiento de su evolución y aprendizaje, pudiendo ser necesaria la valoración por los equipos de orientación psicoeducativa.
- Desarrollar un enfoque multidisciplinario coordinado por el pediatra y centrado en la familia y en la escuela, estructurado en el apoyo y la comunicación.

F1. NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO

El nacimiento pretérmino se asocia a un peor crecimiento en los primeros años de vida. En comparación con los RNT, el riesgo de restricción del crecimiento es 2,5 veces más alto en RN prematuros moderados y tardíos. El bajo peso al nacer y/o una ganancia rápida de peso en los periodos de lactancia/primera infancia se han asociado con el síndrome metabólico en la edad adulta. Por otra parte, la infranutrición durante periodos críticos al inicio de la vida tiene efectos irreversibles en el tamaño, la estructura y la función del SNC.

Los recién nacidos PT tienen unas necesidades y vulnerabilidades nutricionales específicas que, a menudo, no son reconocidas y son causa de mayores tasas de mortalidad y reingresos hospitalarios⁵.

La inmadurez del bebé prematuro con menor fuerza muscular oral y problemas en la coordinación succión-deglución pueden dificultar la alimentación oral, sobre todo la lactancia materna, con un agarre dificultoso, riesgo de deshidratación y fallo de crecimiento. Las dificultades en la alimentación son la primera causa de retraso del alta hospitalaria de los PT y la causa más frecuente de reingreso.

F2. RECOMENDACIONES NUTRICIÓN

El objetivo principal es proporcionar un apoyo nutricional óptimo a los PT, para mejorar la supervivencia y calidad de vida de estos niños⁵.

La lactancia materna es la mejor opción de alimentación en este grupo de niños, con beneficios para el niño y para la madre.

- Recomendar la lactancia materna como mejor opción.

- Apoyar a las madres de los niños prematuros tardíos y hacerlas conocedoras de la dificultad inherente a la prematuridad (¡no es su culpa!). Supervisar la técnica de lactancia materna hasta que el recién nacido se acerque a la edad corregida de término y pueda realizar una extracción exitosa: extracción manual, relactadores, tomas fraccionadas. Alentarlas también en el método canguro.
- En aquellos lactantes que con leche materna no presenten una ganancia ponderal adecuada (>20 g/día), se debe valorar la posibilidad de recibir suplemento con tomas de fórmula, no existiendo acuerdo sobre si utilizar fórmulas para prematuros (80 kcal/100 ml), fórmula enriquecida (75 kcal/100 ml) o fórmula estándar (67 kcal/100 ml).
- Alimentación complementaria. Ante la falta de consenso e insuficiente evidencia, el momento de su inicio debe individualizarse considerando: la edad gestacional, el estado nutricional, los requerimientos y el desarrollo motor grueso.
- Todos los PT deberán recibir suplementos de vitamina D, 400 UI/día, hasta el inicio de la alimentación complementaria en aquellos alimentados con LM, o hasta que tomen al menos un litro de fórmula fortificada en vitamina D.
- Respecto a la suplementación con hierro en los PT, no hay una recomendación específica. Dado que experimentan un rápido crecimiento posnatal y, en un intento de optimizar sus aportes, algunos autores consideran que podría estar indicado en estos niños hasta los 6-12 meses de edad. Niños que toman leche humana: 2-4 mg/kg/día y niños que toman fórmula: 1,0 mg/kg/día.
- Monitorizar el crecimiento de estos niños, valorando como crecimiento adecuado, si las curvas de peso y longitud siguen una línea casi paralela a los percentiles normales, con tendencia progresiva a acercarse a estos y vigilando siempre que el incremento en peso y longitud sea armónico.
- Mediciones de peso, longitud-talla y perímetro cefálico según edad corregida hasta los 2 años y según edad cronológica hasta los 6 años de edad. La periodicidad de los controles será a las 48-72 horas tras el alta hospitalaria, revisiones semanales hasta las 40 semanas de edad posmenstrual y, posteriormente, según Programa de Salud Infantil, individualizando cada caso.

G1. SISTEMA RESPIRATORIO

Los problemas respiratorios son muy frecuentes en los PT, tanto a corto como a medio y largo plazo⁸. Su nacimiento adelantado les presenta una situación con unos pulmones inmaduros, aún en desarrollo y en un ambiente hiperóxico tras el nacimiento. Otros factores, como el retraso de crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacimiento, la corioamnionitis o la alta tasa de cesáreas, pueden condicionar un aumento de la morbilidad respiratoria e incrementar el número de complicaciones respiratorias. Los diferentes estudios coinciden en que este grupo de niños es más vulnerable a las infecciones respiratorias, entre ellas la infección por VRS (bronquiolitis) y su posible implicación en cuadros de sibilantes y asma futura.

G2. RECOMENDACIONES SISTEMA RESPIRATORIO

- Estrategias en el periodo neonatal para disminuir la morbilidad respiratoria, como la administración de corticoides antenatales a la madre gestante y optimización del crecimiento extrauterino, podrían disminuir la incidencia de complicaciones respiratorias a medio y largo plazo.
- Los profesionales sanitarios deben conocer la vulnerabilidad de estos niños y prestar la atención y seguimiento que precisen.
- Hacer partícipes a los padres, instruyéndoles en el reconocimiento de síntomas y signos de riesgo y, por tanto, de necesidad de valoración médica, así como en la realización de cuidados básicos: optimizar la vía aérea, tomas adaptadas, asegurar una buena hidratación.

H1. SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

La mortalidad infantil para el PT es al menos tres veces mayor que para el RNT. El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) sigue siendo una de las principales causas de *exitus* en los países industrializados y nacer PT aumenta por dos el riesgo de sufrir SMSL, siendo la segunda causa de muerte entre los PT después de las malformaciones congénitas⁹. También los episodios amenazantes para la vida son más comunes entre los niños prematuros (8-10%) que entre los RNT (<1%). Este mayor riesgo parece estar relacionado con varios factores, como la propia prematuridad y una mayor presencia de otros factores de riesgo de SMSL, como: el bajo peso para la edad gestacional, la gemelaridad y el antecedente de apneas, a los que se suma una menor adherencia entre los PT a la recomendación de dormir en decúbito supino¹⁰.

H2. RECOMENDACIONES SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Nuestras recomendaciones han de ir dirigidas a prevenir esta situación letal y “conseguir un ambiente de sueño seguro para el lactante”. Actuaciones como insistir en que la posición adecuada durante el sueño es el decúbito supino hasta los 12 meses de edad, desaconsejar el tabaquismo en los padres, promocionar la lactancia materna y ofrecer el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida (valorar el primer mes su posible interferencia con la lactancia materna). Respecto al colecho, es considerado un factor de riesgo independiente para el SMSL, por lo que no se aconseja al menos durante los primeros 6 meses de vida^{9,11}.

I1. INFECCIONES

Las infecciones son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los PT, siendo uno de los principales motivos de consulta médica y de reingreso hospitalario⁵. Las infecciones respiratorias son las más frecuentes en este grupo de niños, seguidas por las gastrointestinales.

La incidencia y gravedad de las infecciones en el RN pretérmino (RNP) se deben en gran medida a la incompetencia de su sistema inmunológico por la inmadurez cualitativa y cuantitativa de sus componentes. Todo ello supone una mayor susceptibilidad a infecciones bacterianas invasivas y la

incapacidad de limitar la infección a un territorio, lo que aumenta el riesgo de sepsis en esta población, motivo por el que se aboga por un abordaje diagnóstico y terapéutico más agresivo.

Dentro de las infecciones respiratorias del tracto respiratorio inferior, la bronquiolitis aguda es la de mayor relevancia por su frecuencia y gravedad potencial, y se considera al PT como un paciente de riesgo para esta patología, sobre todo, durante el primer año de vida. El principal agente etiológico responsable es el VRS, seguido de otros como: el rinovirus, el adenovirus y el metaneumovirus, siendo las coinfecciones relativamente frecuentes. Dentro de las infecciones respiratorias del tracto respiratorio superior, destaca la otitis media aguda.

I2. RECOMENDACIONES INFECCIONES

- Transmitir a los padres la vulnerabilidad de sus hijos frente a las infecciones para que, por una parte, extremen las medidas preventivas y, por otra, sepan reconocer los signos y síntomas de las mismas de forma precoz, aplicando cuidados básicos y buscando atención médica cuando precisen.
- Implantar medidas preventivas básicas como: higiene de manos y de la tos, evitar excesivas visitas (sobre todo los primeros meses) y el contacto con personas con síntomas respiratorios, así como evitar la exposición al humo del tabaco.
- La lactancia materna mantenida más allá de 4 meses asegura una protección frente a las infecciones respiratorias.
- Administración de palivizumab, prevención de la infección por VRS, a valorar por cada unidad de neonatología según las recomendaciones vigentes.
- Llevar al día el calendario vacunal, incluyendo vacunación frente a la gripe a partir de los 6 meses de edad.

J. INMUNIZACIONES

- Existe una mayor vulnerabilidad de los prematuros a las infecciones inmunoprevenibles (mayor cuanto menor edad gestacional y peso al nacer). El riesgo es especialmente relevante en los casos de tosferina, gripe y enfermedad neumocócica invasora (ENI)
- El PT debe seguir el mismo calendario vacunal que los niños nacidos a término¹².
- Se realizará según la edad cronológica, comenzando la vacunación a los 2 meses de edad (posnatal), independientemente de su edad gestacional o peso al nacer, incluso si están ingresados, pero debiendo encontrarse para este fin en una situación de estabilidad clínica^{13,14}.

- Es prioritario llevar a cabo sus **inmunizaciones de una forma correcta** en tiempo y forma. La supervisión del calendario vacunal del PT es responsabilidad de todos, atención primaria y atención hospitalaria¹⁵.
- Consultar el calendario vacunal vigente en cada comunidad autónoma, ya que presentan algunas diferencias¹⁶.
- Se recomienda la vacunación frente a **H. influenzae tipo b** (incluida en la hexavalente), **meningococo y neumococo** según la edad cronológica y con la misma pauta que en los nacidos a término e independientemente de la edad gestacional: Hib y neumococo pauta 2+1 (2,4 y 11 meses). Para meningococo de serogrupoC, 1+1 (4 y 12 meses). La protección comunitaria generada por las altas coberturas de vacunación infantil apoya esta recomendación¹⁴.
- Vacuna frente a **meningococo B**. Indicada en este grupo de niños (Bexsero®) con la pauta 2+1. Deberá considerarse el riesgo de apnea y necesidad de control respiratorio durante 48-72 h tras la primovacunación, sobre todo a los de menor EG y aquellos con historial de inmadurez respiratoria. Es recomendable separar esta vacuna de las demás al menos 15 días para disminuir los casos de fiebre posvacunal. Está financiada en algunas comunidades autónomas.
- Vacunación frente a **rotavirus**. Indicada a partir de las 6 semanas de vida y siguiendo las pautas autorizadas para cada vacuna, incluso si el paciente estuviera hospitalizado, requiriendo para ello encontrarse en una situación de estabilidad clínica y extremando las precauciones para evitar la transmisión horizontal¹⁵.
- Vacunación frente a la **gripe**. Indicada a partir de los 6 meses de edad y antes de la época epidémica¹⁵. En caso de presentar algún factor de riesgo, se continuará con la vacunación anual tras los 24 meses de edad. La primera vez que se vacunen, se administrarán dos dosis de vacuna antigripal (0,5 ml) separadas con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis. En vacunaciones posteriores, se administrará una dosis. Esta estrategia se complementa con la indicación de vacunación frente a la gripe (vacuna inactivada) de la mujer gestante en cualquier trimestre de la gestación, así como la vacunación a convivientes con niños con antecedentes de prematuridad, y hasta que alcancen la edad de 24 meses.
- La estrategia para evitar o mitigar la **tosferina** en los 2-3 primeros meses de vida del lactante prematuro incluye la vacunación de embarazadas con dTpa a partir de la semana 27, preferentemente entre 27-28 semanas.
- **Hepatitis B**. Mismo esquema que en RNT. En casos de recién nacidos de madre portadora o sin cribado prenatal se recomienda la administración, en las primeras 12 horas de vida, de vacuna monocomponente de hepatitis B y de la inmunoglobulina hiperinmune anti-hepatitis B. Se continuará la pauta con vacuna hexavalente como en el resto de la población infantil, sin que sea preciso tener en cuenta el peso al nacer.

- Asegurar la correcta vacunación del personal sanitario que va a tratar con este grupo de niños.

K. SEGUIMIENTO

La prematuridad es la primera causa de morbilidad neonatal e infantil y constituye uno de los problemas de salud más importantes. Respecto al PT, durante muchos años se les ha considerado como “recién nacidos casi a término” sin aplicarles una visión especial y diferenciada, y por ello no han sido incluidos en la mayoría de los protocolos y/o recomendaciones de seguimiento de niños prematuros. Durante la última década han sido objeto de múltiples estudios y se ha evidenciado que sí presentan un desarrollo diferente respecto al recién nacido a término (RNT), y no solo durante el periodo neonatal sino también durante su infancia, con mayores tasas de rehospitalización y visitas a los servicios de urgencias.

La mejor estrategia para prevenir la morbilidad asociada al nacimiento prematuro tardío es la prevención del parto prematuro. Una vez ocurrido, el establecimiento eficaz de la lactancia materna y el reconocimiento de la mayor vulnerabilidad del PT, con mayor riesgo de problemas del desarrollo y del crecimiento, son las estrategias que determinan el seguimiento de estos niños por los profesionales sanitarios. El conocimiento de sus problemas más frecuentes, la instauración de medidas preventivas, técnicas de cribado, así como el inicio de pautas de tratamiento precoces, haciendo partícipes de todo ello a padres y familia, es el camino para optimizar su crecimiento y desarrollo, y minimizar las posibles secuelas¹⁷.

Se realizarán por tanto controles de salud hasta los 2 años de edad corregida y hasta los 6 años de edad cronológica, como recoge el Programa de Seguimiento del prematuro de 34 a 36 SEG de la Sociedad Española de Neonatología⁵, con especial atención a aquellos PT con factores de riesgo para una peor evolución en el neurodesarrollo.

Pediatría de Atención Primaria se postula como elemento vertebrador de una atención sanitaria ordenada, complementaria y sin sobrecargar a las familias, coordinando los controles de salud en el primer nivel, con las subespecialidades hospitalarias (neuropediatría, rehabilitación, psiquiatría infantil, psicología, fisioterapia, logopedia), así como Atención Temprana, servicios sociales y educación, según lo que precise cada niño y su familia.

Tabla 1. Cronograma de seguimiento
Desde el alta hasta los 24 meses de edad corregida (EC)

	1.ª visita tras alta	1 m EC	3 m EC	6 m EC	12 m EC	15 m EC	24 m EC
Revisión de informe e identificación de factores de riesgo	+						
Crecimiento/Alimentación	+	+	+	+	+	+	+
	Control cada 3-7 días hasta ganancia ponderal >25 g/d Si no conseguida intervenir						
Valoración con Denver o Haizea-Llevant	+	+	+	+	+	+	
ASQ3							+
Factores de riesgo para la crianza y vinculación	+	+	+	+	+	+	+
Controles de AP según Programa de Salud Infantil (PSI)	+	+	+	+	+	+	+
Vacunación según calendario vigente y edad cronológica (recordar antigripal)							
Desde los 2 años hasta los 14 años			3-4 años	5-6 años	9 años	11-12 años	14 años
Crecimiento			+	+	+	+	+

Valoración ASQ3	+	+			
Controles de Atención Primaria dentro de PSI	+	+	+	+	+
Vacunación (según calendario vigente, edad cronológica, recordar antigripal)		+		+	+

Fuente: Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: Sociedad Española de Neonatología [en línea]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Engle WA, Tomashek KM, Sallman C. “Late-Preterm” Infants: A Population at Risk. Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. [Pediatrics. 2007;120:1390-1401.](https://doi.org/10.1542/peds.2007.120.1390-1401)
2. Stewart DL, Barfield WD. Updates on an At-Risk Population: LatePreterm and Early-Term Infants. Committee on fetus and newborn. American Academy of Pediatrics. [Pediatrics. 2019;144: e20192760.](https://doi.org/10.1542/peds.2019.144.e20192760)
3. Wanda D Barfield WD, Lee Kimberley G. Late Preterm infants. En: UpToDate, Julio 2021 [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en www.uptodate.com/contents/late-preterm-infants
4. Rite S, Perez A, Sanz E, Leante JL, Benavente I, *et al.* Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. [An Pediatr. 2017;86:289.e1-289.e6.](https://doi.org/10.1155/2017/86289)
5. García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, *et al.* Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: Sociedad Española de Neonatología [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf
6. Harris MN, Voigt RG, Barbaresi WJ, *et al.* ADHD and Learning Disabilities in Former Late Preterm Infants: A Population-Based Birth Cohort. [Pediatrics. 2013;132:e630-e636.](https://doi.org/10.1542/peds.2013.132.e630-e636)

7. ASQ®-3 Materiales en español. Una guía de todos los materiales del ASQ®-3 disponibles en español. Ages&StagesQuestionnaires® [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en https://agesandstages.com/wp-content/uploads/2021/03/ASQ-3-Spanish-Resources-Guide_Spanish.pdf
8. Colin A, McEvoy C, Castile RG. Respiratory morbidity and lung function in preterm infants of 32 to 36 weeks GA. [Pediatrics. 2010; 126:115-28.](#)
9. Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil AEP. Izquierdo Macián MI (coord.) Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. 3.ª Ed. 2013 [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf
10. Martín Díaz, MJ. Episodio aparentemente letal y muerte súbita. [Pediatr Integral 2019; XXIII: 37-45.](#)
11. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Grupo PrevInfad. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. En: PrevInfad [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en <https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante#:~:text=RECOMENDACIONES%20DE%20PREVINFAD,-Recomendaciones%20de%20grado&text=Evitar%20la%20posici%C3%B3n%20en%20prono,y%20preferible%20al%20dec%C3%BAbita%20lateral>
12. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2022 [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
13. Comité Asesor de Vacunas SEP. Vacunación de Niños prematuros. En: AEP [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-10#:~:text=Las%20recomendaciones%20de%20vacunaci%C3%B3n%20en,con%20riesgo%20de%20parto%20prematuro>
14. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de trabajo vacunación en prematuros. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en prematuros. 2019 [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/enfermedades/docs/Vacunacion_Prematuros.pdf
15. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Vacunación específica en menores y adolescentes (<18 años) con condiciones de riesgo. Calendario recomendado 2022 [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf

16. Comité Asesor de Vacunas AEP. Calendarios de Vacunaciones españoles. Marzo 2022. En: AEP [en línea] [consultado el 17/08/2022]. Disponible en <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>
17. Martín Peinador Y, Soriano Faura J, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, *et al.* El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. [Pediatr Integral 2019;XXIII:128-37.](#)