

Morbilidad neonatal en prematuros tardíos: diferencias semana a semana

Neonatal morbidity in late preterm infants: week-to-week differences

José M. Novoa-Pizarro^{1*}, Karla Núñez-Mora², Nicolás Piderit-Blanco², Ioulia-Sakovets¹, Tania Rubio-Jara¹, Macarena Castillo-Cifuentes¹ y Juan A. Cárcamo-Romero¹

¹Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; ²Facultad de Medicina, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile

Resumen

Introducción: Se considera prematuros tardíos a los nacidos entre las semanas 34⁺⁰ y 36⁺⁶, y son considerados recién nacidos de bajo riesgo; sin embargo, por su inmadurez fisiológica presentan mayores tasas de morbilidad que los recién nacidos a término. Se infravalora el riesgo de morbilidad de los prematuros tardíos debido a que su sobrevivencia es muy similar a la de los nacidos a término. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de complicaciones semana a semana en el periodo neonatal inmediato de prematuros tardíos y determinar si hay diferencias significativas en morbilidad entre una semana gestacional y la siguiente a partir de las 34 semanas. **Material y métodos:** Se revisó la información de 9 años de neonatos con 34 o más semanas de gestación nacidos en la Maternidad del Hospital Padre Hurtado, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en Santiago, Chile. Se estudió la incidencia de hipoglucemia, membrana hialina y pulmón húmedo para cada edad gestacional. Se analizó la incidencia de dicha morbilidad para cada semana y se comparó con semana siguiente. **Resultados:** Se estudiaron 57874 recién nacidos, de los que 2856 eran prematuros tardíos; 4095 eran de 37 semanas de gestación y 50.923 eran de 38-42 semanas. Se observa que hay un significativo mayor riesgo de presentar estas patologías en los nacidos con 34-37 semanas de gestación. Este riesgo disminuye de manera significativa por cada semana gestacional alcanzada. **Conclusiones:** Los resultados orientan a generar estrategias para intentar prevenir el parto prematuro tardío, con un adecuado balance riesgo-beneficio tanto para la madre como para el hijo.

Palabras clave: Prematuro tardío. Morbilidad neonatal. Hipoglucemia. Dificultad respiratoria.

Abstract

Introduction: Late preterm born between 34⁺⁰ and 36⁺⁶ weeks are considered low-risk newborns; however, they have higher morbidity rates than full-term newborns due to their physiological immaturity. The morbidity risk of late preterm is underestimated because their survival rate is very similar to that of full-term newborns. **Objective:** To evaluate the week-by-week incidence of complications in the immediate neonatal period in late preterm born. To determine whether there are significant differences in morbidity from one gestational week to the next starting at 34 weeks. **Material and methods:** We reviewed 9 years of information on newborns ≥ 34 weeks gestation born at the Maternidad Hospital Padre Hurtado, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, in Santiago, Chile. Incidence of hypoglycemia, hyaline membrane, and transient tachypnea was studied for each gestational age. Incidence of this morbidity was analyzed each week and compared with the following week.

*Correspondencia:

José M. Novoa-Pizarro
E-mail: jmnovoap@gmail.com

Fecha de recepción: 22-07-2024

Fecha de aceptación: 12-02-2025

DOI: 10.24875/RECHOG.24000108

Disponible en internet: 31-07-2025

Rev Chil Obstet Ginecol. 2025;90(3):163-169

www.rechog.com

0048-766X / © 2025 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: A total of 57,874 newborns were studied, 2856 were late preterm; 4095 were 37 weeks and 50,923 were 38-42 weeks. It was demonstrated that there is a significantly higher risk of presenting these pathologies between 34-37 weeks of gestation. These risks decrease significantly for each gestational week gained. **Conclusions:** These results guide the development of strategies to try to prevent late preterm birth, with an adequate risk-benefit balance for both mother and child.

Keywords: Late pre-term. Neonatal morbidity. Hypoglycemia. Respiratory distress.

Introducción

La condición de prematuro cercano a término, entre las 34 y 37 semanas de gestación, es considerada generalmente como de bajo riesgo para el neonato. Actualmente se definen como prematuros tardíos a los nacidos a una edad gestacional entre las semanas 34⁺⁰ y 36⁺⁶. Estos niños tienen unas tasas de morbilidad y mortalidad más altas que los recién nacidos a término por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, aunque a veces tengan el mismo peso que algunos niños a término¹⁻³. En general, los recién nacidos prematuros tardíos pesan sobre 2000 gramos, y con frecuencia más de 2500 gramos, por lo que se tiende a minimizar su nivel de riesgo.

Debido a la convicción de que a partir de las 34 semanas los prematuros son «ceranos a término» y por ende ya maduros para enfrentarse al ambiente extrauterino, es probable que el criterio para decidir la interrupción de la gestación sea menos estricto o exigente en esa etapa que a menor edad gestacional^{4,5}. De hecho, los neonatos entre las semanas 34⁺⁰ y 36⁺⁶, con buen peso al nacer y ausencia de patología inmediata, son considerados como de bajo riesgo, lo que infravalora las patologías de estos prematuros y en consecuencia reciben los cuidados neonatales y pediátricos habituales⁶.

Se han producido mejoras en el seguimiento obstétrico gracias a los avances en la ecografía prenatal y la monitorización fetal. Este incremento del seguimiento es paralelo a un aumento de la tasa de nacimientos inducidos por motivos médicos. Otros factores que han provocado el aumento de los partos pretérmino, y particularmente de los prematuros tardíos, son condiciones maternas como la mayor edad media de las embarazadas y la epidemia de sobrepeso en las gestantes, lo que aumenta la incidencia de patologías propias del embarazo y de parto prematuro idiopático⁷.

Un tema importante, sobre todo pensando en la prevención de los partos prematuros tardíos, es la determinación adecuada de la edad gestacional. Algunos prematuros tardíos pueden ser producto de partos inducidos en gestaciones que, por control tardío o sin control del embarazo, se estima que han llegado a término.

Dada la preocupación por los prematuros «ceranos al término», en el año 2005 se generó un consenso mundial respecto a considerarlos como un grupo de riesgo biológico, basándose en la evidencia de que son fisiológicamente inmaduros y, por ende, tienen elevado riesgo de morbilidad tanto a corto como a largo plazo. A partir de entonces se acordó calificarlos como «prematuros tardíos» para enfatizar la vulnerabilidad inherente a la condición de prematuridad^{3,8-12}.

Es importante conocer en la realidad local la morbilidad de este grupo de prematuros semana a semana para evaluar si se justifica realizar esfuerzos, dentro de lo clínicamente posible, para evaluar postergar el nacimiento, aunque sea por una semana, si no conlleva riesgos relevantes para el feto ni para la gestante.

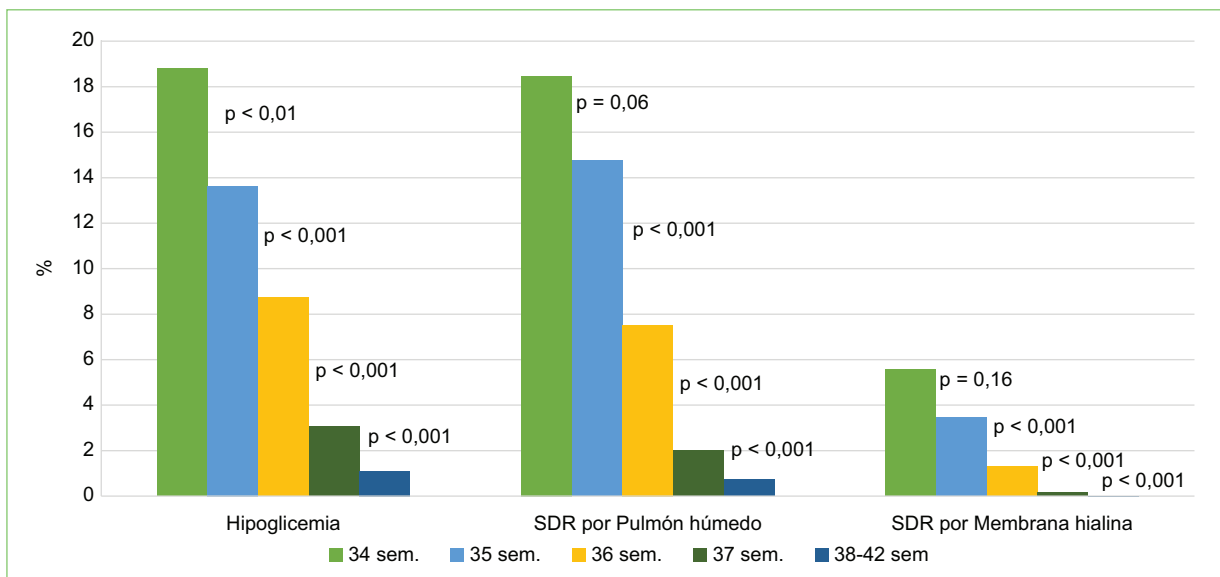
El objetivo de este estudio fue evaluar semana a semana de gestación, a partir de las 34 semanas, la incidencia de hipoglucemia, membrana hialina y pulmón húmedo (taquipnea transitoria), y comparar el riesgo de presentar estas patologías con el grupo de recién nacidos de la semana siguiente.

Material y métodos

Se realizó un análisis univariado para conocer la incidencia de patologías del periodo neonatal según la semana gestacional en neonatos nacidos a partir de las 34 semanas de gestación. Para ello, se revisó información de 9 años de nacidos con 34 o más semanas de gestación en la Maternidad del Hospital Padre Hurtado, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en Santiago, Chile. Se estudió la incidencia de hipoglucemia, membrana hialina y síndrome de dificultad respiratoria debido a pulmón húmedo para cada edad gestacional a partir de las 34 semanas y hasta las 37 semanas de gestación, y además para el grupo de recién nacidos a término considerados para este estudio como de 38-42 semanas. Se realizó un análisis estadístico del riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y significancia $p < 0.01$. Se determinaron el RR y el valor p comparando con la semana siguiente, asignado a esta última $RR = 1$. Por otra parte, se analizaron las patologías según cada edad gestacional en prematuros tardíos y se comparó con la

Tabla 1. Población estudiada según la edad gestacional y las patologías presentadas

Edad gestacional	N.º total de nacidos	N.º recién nacidos con hipoglucemia	N.º recién nacidos con membrana hialina	N.º recién nacidos con pulmón húmedo
34 semanas	574	108	32	106
35 semanas	807	110	28	119
36 semanas	1.475	129	19	111
37 semanas	4.095	125	6	82
38-42 semanas	50.923	564	4	377
Total	57.874	1.036	89	795

**Figura 1.** Incidencia de patologías neonatales según la edad gestacional.

incidencia en recién nacidos ≥ 38 semanas, considerando a estos neonatos como $RR = 1$. La edad gestacional se determinó según la ecografía obstétrica precoz si estaba disponible o, en su defecto, por la fecha de la última menstruación, la primera ecografía y la exploración física pediátrica. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional.

Resultados

En el periodo estudiado hubo 57.874 neonatos con 34^{+0} semanas de edad gestacional, de los cuales 2856 fueron prematuros tardíos, 4095 eran de 37 semanas y 50.923 de 38 a 42 semanas de edad gestacional.

Hubo en total en esta población 1036 casos de hipoglucemia, 89 casos de membrana hialina y 795 casos de pulmón húmedo. La distribución de estas afecciones por edad gestacional se muestra en la [tabla 1](#) y su incidencia porcentual puede verse en la [figura 1](#).

En cuanto a la hipoglucemia, encontramos a las 34 semanas una incidencia del 18,85%, a las 35 semanas del 13,6%, a las 36 semanas del 8,77% y a las 37 semanas del 3,05%. En los recién nacidos a término, con 38-42 semanas de edad gestacional, la incidencia de hipoglucemia fue del 1,11%. Al comparar la incidencia de hipoglucemia a las 34 semanas con la incidencia a la siguiente semana el RR es de 1,38 (IC 95%: 1,08-1,76; $p < 0,01$) ([Tabla 2](#)), con diferencia significativa que se observa semana a semana.

Tabla 2. Riesgo relativo de hipoglucemia, comparando cada semana con la semana siguiente

Hipoglucemia	RR	IC 95%	p
34 vs. 35 semanas	1,38	1,08-1,76	< 0,01
35 vs. 36 semanas	1,59	1,25-2,02	< 0,001
36 vs. 37 semanas	2,86	2,25-3,63	< 0,001
37 vs. 38-42 semanas	2,75	2,27-3,33	< 0,001

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

Tabla 3. Riesgo relativo de síndrome de dificultad respiratoria por membrana hialina, comparando cada semana con la semana siguiente

Membrana hialina	RR	IC (95%)	p
34 vs. 35 semanas	1,42	0,86-2,33	0,16
35 vs. 36 semanas	2,69	1,51-4,79	< 0,001
36 vs. 37 semanas	8,79	3,51-21,97	< 0,0001
37 vs. 38-42 semanas	18,60	5,26-66,07	< 0,0001

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

Respecto a la membrana hialina, la incidencia a las 34 semanas fue del 5,57%, a las 35 semanas del 3,47%, a las 36 semanas del 1,29% y a las 37 semanas del 0,15%. En los recién nacidos a término, con 38-42 semanas de edad gestacional, la incidencia fue muy baja, del 0,01%. Al evaluar la membrana hialina, el análisis estadístico mostró los siguientes resultados: el RR a 34 semanas comparado con 35 semanas fue de 1,42 (IC 95%: 0,86-2,33; $p = 0,16$), el RR a 35 semanas comparado con 36 semanas fue de 2,69 (IC 95%: 1,51-4,79; $p = 0,0008$), el RR a 36 semanas comparado con 37 semanas fue de 8,79 (IC 95%: 3,51-21,9; $p < 0,0001$), y el RR a 37 semanas comparado con > 38 semanas fue de 18,6 (IC 95%: 5,26-66,0; $p < 0,0001$) (Tabla 3).

Para el síndrome de dificultad respiratoria debido a pulmón húmedo, el estudio mostró una incidencia a las 34 semanas del 18,5%, a las 35 semanas del 14,7%, a las 36 semanas del 7,53% y a las 37 semanas del 2,0%. En los recién nacidos de 38-42 semanas de gestación, la incidencia fue del 0,74%. El análisis estadístico reveló hallazgos muy similares a los descritos en los casos de membrana hialina (Tabla 4).

Por último, al comparar todas estas afecciones a las diferentes edades gestacionales y con los recién nacidos a término (≥ 38 semanas), se observan RR muy

Tabla 4. Riesgo relativo de síndrome de dificultad respiratoria por pulmón húmedo, comparando cada semana con la semana siguiente

Pulmón húmedo o taquipnea transitoria	RR	IC 95%	p
34 vs. 35 semanas	1,25	0,98-1,59	0,064
35 vs. 36 semanas	1,95	1,53-2,50	< 0,0001
36 vs. 37 semanas	3,75	2,84-4,96	< 0,0001
37 vs. 38-42 semanas	2,70	2,13-3,42	< 0,0001

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

Tabla 5. Riesgo relativo de presentar las patologías estudiadas, comparando la incidencia por cada semana en los nacidos con 34 a 37 semanas frente a los recién nacidos con 38-42 semanas

	Hipoglucemia	Membrana hialina	Pulmón húmedo o taquipnea transitoria
34 vs. 38-42 semanas	RR = 16,9 IC 95%: 14,06-20,5 $p < 0,0001$	RR = 709,7 IC 95%: 251,8-2.000 $p < 0,0001$	RR = 24,9 IC 95%: 20,4-30,4 $p < 0,0001$
35 vs. 38-42 semanas	RR = 12,3 IC 95%: 10,01-14,9 $p < 0,0001$	RR = 441,7 IC 95%: 153,3-1.256 $p < 0,0001$	RR = 19,9 IC 95%: 16,4-24,1 $p < 0,0001$
36 vs. 38-42 semanas	RR = 7,89 IC 95%: 6,56-9,49 $p < 0,0001$	RR = 163,9 IC 95%: 55,8-481,4 $p < 0,0001$	RR = 10,1 IC 95%: 8,27-12,4 $p < 0,0001$
37 vs. 38-42 semanas	RR = 2,75 IC 95%: 2,27-3,33 $p < 0,0001$	RR = 18,6 IC 95%: 5,26-66,07 $p < 0,0001$	RR = 2,70 IC 95%: 2,13-3,42 $p < 0,0001$

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; RR: riesgo relativo.

significativos para todas las edades gestacionales y todas las patologías, como se muestra en la tabla 5. Destaca que entre las 37 semanas y las 38-42 semanas existe, para todas las afecciones estudiadas, un mayor riesgo con alta significancia estadística ($p < 0,0001$).

Discusión

Los hallazgos de este estudio coinciden con los descritos por diversos autores en la literatura internacional, obteniendo incidencias comparables en los resultados de las patologías evaluadas. Destaca que cerca de un 20% de los neonatos de 34 semanas de edad gestacional presentan alguna de las afecciones estudiadas, y que a las 35 semanas esto bordea un 15% de los

neonatos, llegando a cerca de un 8% a las 36 semanas. También es muy interesante lo que ocurre con los recién nacidos de 37 semanas, que para todas las patologías estudiadas presentan un mayor riesgo con alta significancia estadística.

Esta mayor incidencia de patología en los recién nacidos de 37 semanas también es relevante considerando la cifra absoluta de casos, dado que son un número importante, correspondiendo al 8% de los pacientes si los comparamos con los recién nacidos de 38-42 semanas, generando con ello un número mayor de hospitalizaciones en neonatología. Esta situación de los neonatos de 37 semanas nos debe llevar a considerar que, definitivamente, estos recién nacidos no son similares a los neonatos de 38-42 semanas de edad gestacional y se comportan como recién nacidos aún no maduros.

En lo que respecta a la hipoglucemia, en un estudio realizado por Wang et al.³ en Boston se encontró que los prematuros tardíos tenían una incidencia del 15,6%, frente al 5,3% en los recién nacidos a término, lo que se traduce en un RR de 3. Kalyoncu et al.¹³ informaron que los prematuros tardíos tenían 11 veces más probabilidades de experimentar hipoglucemia que los recién nacidos a término debido a diversos factores, como bajas reservas de glucógeno, inmadurez de enzimas involucradas en la liberación de glucosa, mala alimentación e ingesta inadecuada de nutrientes, entre otros. En el metaanálisis realizado por Teune et al.¹⁰ se describe un riesgo 7,4 veces mayor de presentar esta afección. En lo que respecta a nuestro estudio, los resultados fueron similares, con un total de 347 casos de hipoglucemia en el grupo de prematuros tardíos, con una incidencia del 12,2%, en contraste con los recién nacidos a término que tuvieron una incidencia de hipoglucemia del 1,1%. Por otra parte, de nuestro análisis semana a semana podemos concluir que la incidencia de hipoglucemia disminuye significativamente entre una semana y otra, descendiendo el RR significativamente cuanto más cerca de las 38-42 semanas de gestación (Tabla 2). Es importante este significativo aumento del riesgo de presentar hipoglucemia en los neonatos de 34-37 semanas en comparación con los nacidos con ≥ 38 semanas, considerando en especial el riesgo de secuelas neurológicas asociadas a la hipoglucemia¹⁴.

La información disponible sobre el pulmón húmedo, tanto en el estudio de Kalyoncu et al.¹³ como en el metaanálisis de Teune et al.¹⁰, demuestra que los prematuros tardíos tendrían un riesgo 11 veces y 17,3 veces mayor que los nacidos a término, respectivamente. En un estudio realizado por Begum et al.¹⁵ en un periodo de 2 años se evaluaron 513 neonatos prematuros tardíos comparados

con 3236 recién nacidos a término, y se obtuvo que el 2,9% (15 casos) de los prematuros tardíos desarrollaron síndrome de pulmón frente a solo 1 (0,03%) en el grupo de recién nacidos a término. Además, el 2,1% de los prematuros tardíos requirieron ventilación, frente al 0,06% de los nacidos a término. En este estudio se concluye que una de las complicaciones más comunes de los prematuros tardíos que aumenta su morbilidad en comparación con los nacidos a término es la taquipnea transitoria (2,3%). En nuestro estudio hubo 418 casos de taquipnea transitoria o pulmón húmedo en los recién nacidos ≤ 37 semanas ($n = 6951$), con una incidencia del 6,01%, mientras que en los recién nacidos a término la incidencia fue del 0,74%, lo que da un RR de 8,12. Se observó que el riesgo va disminuyendo significativamente de semana a semana (Tabla 4).

En el metaanálisis realizado por Teune et al.¹⁰, en el cual se recopiló y analizó la información de 22 publicaciones respecto a la morbilidad neonatal temprana y tardía en prematuros tardíos, se separaron los recién nacidos en grupos según la semana de gestación cumplida y se analizaron 27 variables de morbilidad neonatal temprana. De las 27 variables estudiadas, en 26 los prematuros tardíos presentaban mayores tasas de incidencia que los nacidos a término, con significancia estadística en 23. Esto incluye mayor riesgo de muerte neonatal (RR = 5,9), necesidad de ventilación mecánica (RR = 4,9) y mayor incidencia de síndrome de distrés respiratorio (RR = 17,3). Además, se encontró que a medida que disminuían las semanas de gestación aumentaba la tasa de incidencia de complicaciones. Respecto al riesgo de taquipnea transitoria neonatal, se encontró que los prematuros tardíos tenían globalmente 7,5 veces más riesgo de desarrollarla, con una incidencia del 5,1% a las 34 semanas, del 3,3% a las 35 semanas y del 2,0% a las 36 semanas, lo que contrasta con la incidencia del 0,35% en los nacidos a término. Al evaluar la presencia de hipoglucemia, esta se presentó 7,4 veces más en los prematuros tardíos que en los nacidos a término, con una incidencia a las 34 semanas del 11,5%, a las 35 semanas del 5,3%, a las 36 semanas del 4,4% y en los recién nacidos a término del 0,26%.

En un estudio realizado en India en un centro de referencia terciario, durante un periodo de 6 meses, se incluyeron 120 prematuros tardíos y se obtuvo que el 69% desarrollaron al menos una complicación en el periodo neonatal, como hiperbilirrubinemia, morbilidad respiratoria, hipoglucemia, sepsis, convulsiones y hemorragia intraventricular del prematuro¹⁶. La morbilidad respiratoria (35%) y la hiperbilirrubinemia (34,7%) fueron las más

predominantes. En este estudio se observó una disminución de la gravedad de las enfermedades respiratorias con cada semana avanzada de gestación en los prematuros tardíos, con una incidencia de morbilidad respiratoria del 35%, siete veces mayor en comparación con los recién nacidos a término. En concordancia, Shapiro et al.¹⁷ observaron una disminución significativa en la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria grave del 57% a las 34 semanas de gestación al 26% a las 36 semanas. Además, los recién nacidos de 36 semanas tuvieron una mayor incidencia de dificultad respiratoria que requirió soporte de oxígeno como terapia respiratoria máxima, mientras que los recién nacidos con 34-35 semanas necesitaron un manejo más agresivo con soporte ventilatorio invasivo y tuvieron una mayor tasa de admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, con prolongación de la estadía hospitalaria.

En un estudio de cohorte sueco basado en la población nacional, publicado en 2021, se evaluó el riesgo de morbilidad neonatal en prematuros tardíos de 35-36 semanas y en nacidos a término (37-38 semanas) y término tardío (41 semanas)¹⁸. Se obtuvo que los prematuros tardíos tenían mayor riesgo de obtener un puntaje de Apgar bajo (0,42%), y en cuanto a complicaciones respiratorias, se halló que el 1,36% presentaron síndrome de distrés respiratorio (membrana hialina) y el 4,02% taquipnea transitoria (pulmón húmedo).

Nuestro estudio, con información nacional y un alto número de pacientes evaluados, nos permite conocer nuestra realidad y poder considerar esta morbilidad en nuestras decisiones clínicas. Todos los hallazgos descritos consolidan la necesidad de hacer esfuerzos para balancear los riesgos y los beneficios de una interrupción del embarazo entre las 34 y las 37 semanas, e intentar prevenir el parto prematuro tardío para disminuir la morbilidad neonatal secundaria a estas complicaciones metabólicas y respiratorias, si las condiciones maternas y fetales o sus riesgos lo permiten.

Es necesario evaluar en futuros estudios clínicos los factores de riesgo que condicionan el parto prematuro a estas edades gestacionales y cómo intervienen estos factores de riesgo de prematuridad, como son la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones bacterianas ascendentes y el retraso del crecimiento intrauterino, entre otros, tratando de determinar si se beneficiarían o no con la prolongación del embarazo.

Conclusiones

El gran número de pacientes evaluados da consistencia a este estudio, que demuestra que hay mayor

riesgo de presentar las afecciones estudiadas (hipoglucemia, membrana hialina y pulmón húmedo) en neonatos de 34-37 semanas de gestación. Este riesgo disminuye de manera significativa por cada semana gestacional ganada. Es relevante que incluso los recién nacidos de 37 semanas, considerados por la Organización Mundial de la Salud como de término, no se comportan como tales para ninguna de las patologías estudiadas, presentándose como recién nacidos inmaduros con un riesgo 2,7 veces mayor de presentar hipoglucemia y pulmón húmedo, y 18,6 veces mayor de desarrollar membrana hialina, que los neonatos de 38-42 semanas de edad gestacional.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Folck BF, Xiong B, Newman TB. Rehospitalization for neonatal dehydration: a nested case-control study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:155-61.
2. Escobar GJ, McCormick MC, Zupan JA, Coleman-Phox K, Armstrong MA, Greene JD, et al. Unstudied infants: outcomes of moderately premature infants in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006;91:F238-44.
3. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics.* 2004;114:372-6.
4. Kramer MS, Demissie K, Yang H, Platt RW, Sauvé R, Liston R; Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA.* 2000;284:843-9.
5. Raju TNK, Higgins RD, Stark AR. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics.* 2006;118:1207-14.
6. Schonhaut L, Pérez M, Astudillo J. Prematuros tardíos: un grupo de riesgo de morbilidad a corto y largo plazo. *Rev Chil Pediatr.* 2012; 83:217-23.

7. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A clinical update on gestational diabetes mellitus. *Endocr Rev.* 2022;43:763-93.
8. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol.* 2006;30:2-7.
9. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics.* 2007;120:1390-401.
10. Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi C, Opmeer BC, van Kaam AH, van Wassenæ AG, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:374.e1-9.
11. Fernández T, Mateos A, Carabaño I, Aguado J, Sopena C. El prematuro tardío: el gran olvidado. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:e161-72.
12. Gouyon JB, Iacobelli S, Ferdynus C, Bonsante F. Neonatal problems of late and moderate preterm infants. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2012;17:146-52.
13. Kalyoncu O, Aygün C, Cetinoğlu E, Küçüködük S. Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010; 23:607-12.
14. Burakevych N, McKinlay C, Harris D, Alsweiler J, Harding J. Factors influencing glycaemic stability after neonatal hypoglycaemia and relationship to neurodevelopmental outcome. *Sci Rep.* 2019;9:8132.
15. Begum LN, Ahmed F, Haq K, Mallick LL. Clinical outcome of the late preterm infants. *Bangabandhu Sheikh Mujib Med Univ J.* 2017;10:132-4.
16. Shaikh N, Faizi S, Rai L. Respiratory morbidity in late-preterm births: a prospective observational study at a tertiary care hospital. *J Obstet Gynaecol India.* 2016;66(Suppl 1):301-6.
17. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Nannini A, Weiss J, et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics.* 2008;121: e223-32.
18. Mitha A, Chen R, Altman M, Johansson S, Stephansson O, Bolk J. Neonatal morbidities in infants born late preterm at 35–36 weeks of gestation: a Swedish nationwide population-based study. *J Pediatr.* 2021; 233:43-50.