

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código Pág. 1 / 13
---	---	--

1. Introdução

Nas últimas décadas os recém-nascidos (RN) pré-termo tardios (PTT) tornaram-se um enorme desafio para os profissionais de saúde, sendo fundamental a sensibilização para as necessidades específicas deste grupo de RN, não apenas nos primeiros dias de vida, mas também após o período neonatal. O estabelecimento de um Consenso Clínico visa estabelecer normas práticas para melhorar a prestação de cuidados e diminuir a sua morbilidade e mortalidade.

Definição

Os RN PTT são aqueles cujo nascimento ocorre entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de idade gestacional (correspondendo ao período entre os 239 e os 259 dias após o primeiro dia da última menstruação) (1). A designação PTT substituiu a nomenclatura RN “quase termo” (“*near term*”), uma vez que esta última induzia a ideia que seriam RN com maturidade e riscos de morbilidade e mortalidade iguais, ou muito semelhantes, aos dos RN de termo (RNT), o que não corresponde à realidade (1). Os PTT têm morbilidade e mortalidade superior aos RNT devido à sua relativa imaturidade fisiológica e metabólica.

Epidemiologia

Nos países europeus e em outros países desenvolvidos, a taxa de partos prematuros descrita é de 5 a 9%, correspondendo 60 a 70% a PTT (3). Em Portugal, a taxa de partos prematuros decresceu de 9.1% em 2007 para 7,7% em 2014, tendo-se mantido relativamente estável nestes valores (4). Os dados relativos aos PTT não são ainda totalmente conhecidos no nosso país. Um estudo envolvendo 14 hospitais públicos portugueses realizado no ano de 2013 obteve uma taxa de PTT de 5,4%, ligeiramente inferior ao habitualmente descrito na literatura internacional (5). Num estudo multicêntrico realizado em 7 Unidades de Neonatologia de nível III em Portugal, entre 2011 e 2013, os PTT corresponderam a 58% do total de RN pré-termo e a 7% do total de nados-vivos (7).

Factores de risco

A prematuridade pode ser consequência de parto pré-termo espontâneo ou intervenção médica por indicação materna ou fetal (indução do trabalho de parto ou cesariana). Causas comuns para intervenção médica incluem pré-eclâmpsia, eclâmpsia, colestase gravídica, alteração da fluxometria e restrição de crescimento fetal. As cesarianas eletivas, em gravidezes de baixo risco, embora pouco frequentes, são ainda uma importante causa de prematuridade tardia e resultam de erro na determinação da idade gestacional (existe uma margem de erro de 1 a 2 semanas na estimativa da idade gestacional pela ecografia 1º trimestre, realizada preferencialmente até às 13 semanas e 6 dias) (2).

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código Pág. 2 / 13
---	---	--

Diversos estudos identificaram factores associados ao aumento de PPT, nomeadamente: melhoria da vigilância da gestação, permitindo detectar condições maternas, placentares e fetais que resultam em indicação para intervenção médica; gestações múltiplas, frequentemente associadas a procriação medicamente assistida; aumento da idade materna; obesidade materna, com patologia associada como diabetes e hipertensão arterial e erro na determinação da idade gestacional (3,7,8,9).

2 – Caraterísticas específicas do PTT

Morbilidade

Os PTT têm um grande impacto em saúde pública. A idade gestacional tem importância na evolução clínica, aumentando a morbilidade com o decréscimo da idade gestacional. Comparativamente aos RNT, os PTT têm maior morbilidade durante o internamento hospitalar, maior taxa de reinternamento durante o período neonatal e primeiro ano de vida, e maior risco de alterações do neurodesenvolvimento a longo prazo. Num estudo multicêntrico realizado entre 2011 e 2013, em Unidades de Neonatologia de nível III em Portugal, a taxa de internamento na Unidade de Neonatologia foi significativa, correspondendo a 28% do total de internamentos (7). Num estudo prospectivo, controlado, realizado no CMIN os PTT avaliados aos 3 anos de idade apresentavam alterações de desenvolvimento, sobretudo alterações da linguagem (com tradução estatística) e da motricidade fina (7).

A morbilidade neonatal é 7 vezes superior em PTT e duplica por cada semana de idade gestacional abaixo das 38 semanas (38s – 3.3%; 37s – 5.9%; 36s – 12.1%; 35s – 25.6%; 34s – 51.9%). Se existirem outros factores de risco perinatais, a taxa de complicações é 10 a 14 vezes superior aos RNT, sendo a morbilidade global superior ao somatório de factores de risco isolados (10).

Os custos económicos directos associados aos cuidados de saúde, além dos custos indirectos, são cerca de 10 vezes superiores aos dos RNT, com maior necessidade de internamento e duração do mesmo (11).

Durante o internamento no período neonatal, os PTT têm maior probabilidade de morbilidade respiratória, apneia, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades alimentares e sepsis.

A incidência de **morbilidade respiratória** é 2 a 3 vezes superior, relativamente aos RNT, incluindo síndrome de dificuldade respiratória (SDR), taquipneia transitória do RN, pneumonia, insuficiência respiratória e hipertensão pulmonar persistente. O desenvolvimento pulmonar é incompleto, ocorrendo entre 34 e 37 semanas a transição do estágio sacular para o alveolar, e existe défice qualitativo e quantitativo do surfactante, sendo essas as causas frequentemente apontadas na literatura. A **apneia** ocorre em 4 a 7% do PTT e a síndrome de morte súbita do lactente está descrita em 1,7/1000 (*versus* RNT 0,7/1000). O risco aumentado de **hipotermia** neste grupo de RN deve-se à imaturidade da pele e do centro de termorregulação, relação superfície corporal/peso superior e défice de tecido adiposo castanho. Este risco é particularmente significativo nas primeiras horas de vida, mantendo-se superior ao RNT durante os primeiros dias de vida. A **hipoglicemia**

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 3 / 13
---	---	--

é 3 vezes mais frequente e resulta das limitações nos complexos enzimáticos de glicogenólise e neoglicogênese e da inadequada oferta alimentar devido a dificuldades alimentares específicas desde grupo. No PTT a **hiperbilirrubinémia** é uma complicação frequente, resultando da imaturidade do metabolismo da bilirrubina. Habitualmente é mais prevalente (risco 2 a 5 vezes maior em relação ao RNT), mais grave (risco 8 vezes maior de atingir valores superiores a 20 mg/dl) e tem evolução mais prolongada (pico entre 5 e 7 dias de vida) Esta complicação condiciona atraso na alta hospitalar, sendo causa frequente de reinternamento, atingindo valores próximos dos 50% em alguns estudos. As **dificuldades alimentares**, contribuem para perda ponderal excessiva, desidratação e hiperbilirrubinemia. A coordenação sucção/deglutição/respiração imatura, sucção débil, motilidade e esvaziamento gástrico lentos e imaturidade na função motora intestinal são fatores de risco que dificultam a alimentação, propiciam a intolerância alimentar e prolongam o internamento (12,13,14). A **sépsis** precoce e tardia é mais frequente nos PTT (risco 2 vezes maior em relação RNT) e parece ser justificada pela imaturidade do sistema imunitário. O défice de imunoglobulinas, a diminuição da actividade do complemento e da fagocitose são factores contribuintes (TNK Raju,2012).

Após a alta hospitalar, este grupo específico apresenta morbidade significativa, com maior número de episódios de urgência e taxas de reinternamento hospitalar 2 a 3 vezes superiores aos RNT. Nos primeiros 15 dias de vida os principais diagnósticos de admissão são a icterícia, dificuldades alimentares, má progressão ponderal, desidratação e apneia, enquanto a partir das 2 semanas de vida predomina a patologia respiratória, gastrointestinal e infecciosa (12,13,14).

Diversos estudos sugerem que, em relação aos RNT, os PTT têm um risco aumentado de alterações do neurodesenvolvimento a longo prazo, condicionando uma desvantagem socioeconómica, com menor nível de ensino e de emprego (15). Os PTT podem também ter um risco acrescido de má evolução ponderal na infância, embora sem diferença significativa aos 18 meses de vida e a maioria com recuperação aos 2 anos (16). Alguns estudos, apesar da evidência científica ser ainda limitada, corroboram outros potenciais efeitos a longo prazo, nomeadamente patologia respiratória (17), hipertensão arterial, hiperlipidemia, intolerância à glicose/ diabetes e obesidade.

Mortalidade

O risco de mortalidade para PTT é 3 vezes superior ao dos RNT (18,19). Este aumento do risco condiciona um aumento de 6 vezes na mortalidade neonatal e de 4 vezes na mortalidade infantil durante o primeiro ano de vida (20). Num estudo multicêntrico realizado em Portugal, entre 2011 e 2013, a mortalidade em PTT foi de 4,6% do total de mortes nas Unidade de Neonatologia (7).

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 4 / 13
---	---	--

Nos EUA, no ano 2007, aproximadamente 10% das mortes neonatais ocorreram em PTT (18).

3. Cuidados ao PTT

Os PTT podem apresentar uma adaptação à transição (1-12 horas pós parto) para a vida extrauterina mais lenta ou inadequada pelo que uma vigilância e monitorização específica deve ser recomendada. Devido ao aumento das vulnerabilidades já descritas, os PTT requerem uma vigilância mais rigorosa e continua durante as 1^{as} 24 horas de vida. Sempre que possível, mãe e bebé devem permanecer em alojamento conjunto. A educação e o envolvimento precoce da família nos cuidados é um fator fundamental para a transição com sucesso para o domicílio.

A abordagem ao PPT assenta em 4 pilares fundamentais:

- Prevenção do parto prematuro;
- Prestação de cuidados médicos diferenciados, prevenindo e tratando as complicações mais frequentes no período neonatal, quando o parto prematuro é inevitável;
- Realização de um seguimento específico a longo prazo, nos cuidados primários e no hospital, programado desde a alta;
- Educação da família e comunidade.

Abordagem pré-natal

A prevenção é um ponto chave na diminuição da morbilidade e mortalidade da prematuridade tardia. Neste contexto o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (CAOG) não recomenda a indução do trabalho de parto ou a cesariana eletiva antes das 39 semanas de gestação na ausência de indicação médica. A determinação rigorosa da idade gestacional, sendo o método mais fiável a datação por ecografia do primeiro trimestre, é essencial para uma avaliação precisa do crescimento fetal e a realização atempada dos cuidados e avaliações pré-natais. O cumprimento do esquema de vigilância da gravidez permite a deteção precoce de alterações que ponham em risco a saúde da mãe e do feto bem como o tratamento adequado de patologias que aumentam o risco de parto prematuro. A melhoria dos métodos de avaliação do bem estar fetal e o conhecimento mais aprofundado da evolução de algumas doenças maternas e fetais permite ponderar, pela equipa perinatal, de forma individualizada, o risco/benefício materno e/ou fetal da continuidade da gestação versus o término da mesma. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda, desde 2016, a administração de corticóides antenatais às grávidas entre as 34 semanas +0 dias e as 36 semanas +6 dias em risco de parto iminente, se não tiverem recebido um ciclo prévio.

Na admissão da grávida com idade gestacional entre as 34 semanas +0 dias e as 36 semanas +6 dias deve-se:

- Confirmar a idade gestacional, de preferência por ecografia do 1º trimestre;

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 5 / 13
---	---	--

- Verificar as serologias, ecografias, hábitos maternos (fármacos, álcool, drogas ilícitas e tabagismo) e intercorrências (ex: corioamnionite, RPM, hipertensão/pré-eclâmpsia, diabetes, tabagismo materno...) que possam influenciar negativamente o PTT;
- Administrar ciclo de corticóides para indução da maturação pulmonar;
- Ponderar, de forma individualizada, a continuidade da gestação versus prematuridade tardia;
- Informar os pais sobre os riscos a curto e longo prazo do PTT incluindo: necessidade de reanimação neonatal; possível internamento na neonatologia de acordo com a idade gestacional e adaptação à vida extra-uterina; complicações neonatais mais frequentes que vão implicar uma monitorização mais apertada do recém-nascido e eventual prolongamento do tempo de internamento.

Abordagem no período neonatal

Sala de partos

O PTT deve ser assistido por um profissional de saúde com experiência nos cuidados ao prematuro, seguindo o protocolo de reanimação neonatal.

Admitir em Neonatologia se: idade gestacional compreendida entre as 34 semanas + 0 dias e 35 semanas + 0 dias e/ou risco para morbilidade acrescida.

No PTT estável:

- Mantê-lo seco e quente através ambiente adequado, uso de panos aquecidos, promoção do contacto pele com pele com a mãe;
- Manter vigilância clínica nas duas primeiras horas de vida (temperatura axilar, FR, FC, sinais de dificuldade respiratória, , auscultação cardíaca, pulsos distais, perfusão periférica, tónus, atividade espontânea);
- Determinar glicemia capilar entre a 1^a-2^a hora de vida (nadir da glicemia) após a primeira mamada;
- Promover o aleitamento materno precoce;
- Confirmar, se possível, a idade gestacional com a escala New Ballard Score;
- Realizar a avaliação antropométrica e a administração de vitamina K de preferência após a primeira mamada.

Internamento

A duração e o local de internamento variam de acordo com as intercorrências que ocorram no período neonatal imediato. Na ausência de complicações, sugere-se uma duração mínima de internamento de 72 horas para os PTT entre as 34 semanas +0 dias e 35 semanas +6 dias e de 48 horas para os PTT entre as 36 semanas +0 dias e as 36 semanas +6 dias. A vigilância clínica destes RN, mesmo que se encontrem junto da mãe, deve ser frequente nas primeiras 24-48 horas de vida. Os sinais vitais devem ser avaliados idealmente de 6/6h nas primeiras 24 horas de vida e depois de 8/8h até à estabilidade cardiorrespiratória .

Instabilidade térmica

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 6 / 13
---	---	---

A temperatura axilar alvo situa-se entre os 36,5°C e os 37,5°C; para tal deve-se manter o PTT num ambiente térmico neutro, utilizar vestuário quente e gorro, promover contacto pele com pele sempre que possível e adiar o banho até a estabilidade cardiorrespiratória e térmica estar bem estabelecida. Se, após estas medidas, a temperatura corporal se mantiver baixa deve usar-se equipamentos de termorregulação como o berço aquecido e a incubadora.

Dificuldades alimentares

O leite materno é o alimento por excelência dos PTT sendo contudo difícil estabelecer a amamentação de forma eficaz neste grupo. É importante avaliar o desejo materno de amamentar bem como os conhecimentos e experiência que a mãe possui. Devem-lhe ser explicadas algumas das dificuldades que pode enfrentar ao amamentar o PTT (sonolência, menor força muscular, dificuldade na pega, imaturidade da coordenação sucção-deglutição) e estratégias para as ultrapassar. Deve aprender a reconhecer no PTT sinais de procura e amamentar frequentemente. Se as mamadas forem ineficazes ou insuficientes, a mãe deve ser incentivada a extrair leite. Um profissional com experiência no aleitamento materno (ex: conselheira da amamentação) deve observar, pelo menos duas vezes ao dia a mamada, e apoiar sempre que a mãe solicitar. Recomenda-se o registo da frequência e duração das mamadas, número de mições e dejeções bem como peso diário. Uma perda ponderal superior a 3% por dia ou de 7% após as 48h de vida, implica uma monitorização apertada da alimentação do PTT. A suplementação deve ser realizada apenas por indicação médica e de preferência com leite materno. Os volumes recomendados destes suplementos são: 2-10 ml/refeição nas primeiras 24h; 5-15 ml/refeição entre 24-48h; 15-30 ml/refeição entre 48-72h e 30-60 ml/refeição entre 72-96h. Se for administrado uma fórmula láctea, esta deverá ser ponderada caso a caso.

Hipoglicemia

A inespecificidade das manifestações clínicas, a inexistência de um valor específico de glicemia ou duração de hipoglicemia associada a sintomas ou preditivo de lesão neurológica, dificultam um consenso nesta área relativamente aos PTT. A AAP recomenda que o PTT deve ser alimentado a cada 2-3 horas e feita a determinação da glicemia antes da mamada, durante as primeiras 24 horas de vida. Após esse período o rastreio deve continuar até duas determinações consecutivas superiores a 45 mg/dl. A abordagem da hipoglicemia no PTT dependerá da existência de sinais clínicos, valor de glicemia e horas de vida (anexo). Os valores de glicose plasmática são 10 a 18% mais elevados do que os valores de glicose no sangue completo devido ao elevado conteúdo em água do plasma. A tira-teste tem uma correlação razoável com os níveis de glicose plasmática embora possa existir uma diferença de 10 a 20 mg/dl; esta variação é maior nos valores baixos de glicose pelo que perante a suspeita de hipoglicemia deve realizar-se a confirmação laboratorial.

Icterícia

Na avaliação inicial devem ser identificados os fatores de risco maternos/neonatais/familiares que possam aumentar o risco de icterícia para além da prematuridade tardia. Deve ser assegurado um bom aporte entérico

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código Pág. 7 / 13
---	---	--

e vigiar o número de micções e dejeções. Às 24 horas de vida fazer uma determinação de bilirrubina transcutânea (BTtc) independentemente da presença ou ausência de icterícia visível. Esta determinação deve ser repetida às 48 horas e às 72 horas. Se valor de BTtc superior a 15 mg/dl ou valor com critérios de fototerapia, dever-se-á fazer a determinação sérica da bilirrubina. O tratamento da hiperbilirrubinemia será feito de acordo com a idade gestacional e horas de vida (segundo as tabelas da AAP e/ou de NICE). Se a subida do valor da bilirrubina for superior a 0,5 mg/dl/h ponderar fototerapia.

Infeção

Os fatores de risco maternos e neonatais para sepsis devem ser identificados na avaliação inicial. No internamento monitorizar sinais sugestivos de infeção: dificuldade respiratória, apneia, instabilidade térmica, instabilidade metabólica, tremores, aspeto marmoreado, letargia, recusa alimentar. Perante a suspeita realizar rastreio sético e iniciar antibioterapia se se justificar.

Risco neurológico

As malformações do SNC, a hemorragia intracraniana, a leucomalácia periventricular, a encefalopatia hipoxico-isquémica são algumas das patologias que podem interferir no neurodesenvolvimento e dificuldades de aprendizagem dos PTT. No intuito de identificar os PTT com maior risco neurológico recomenda-se a realização de ecografia transfontanelar na primeira semana de vida (sempre que possível) e sua repetição às 40 semanas de IPM.

4 - CRITÉRIOS DE ALTA:

Os PTT têm maior morbimortalidade relativamente aos recém-nascidos de termo com taxas de reinternamento hospitalar superiores, particularmente nas primeiras duas semanas após a alta. As causas mais frequentes de readmissão hospitalar são: icterícia, dificuldades na alimentação, ganho ponderal insuficiente, desidratação, apneia e infeções.

Para **alta do PTT** devem ser cumpridos os seguintes critérios:

Idade gestacional determinada de forma rigorosa (internamento de pelo menos 72 horas entre 34⁺⁰ - 35⁺⁶ semanas e de 48 horas entre 36⁺⁰ - 36⁺⁶ semanas)

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 8 / 13
---	---	--

Deve ser assegurado que o PTT não apresenta patologia ou condição que necessite que o internamento seja prolongado (p.ex. hiperbilirrubinemia).

Estabilidade clínica nas 24 horas prévias à alta, que inclui:

- Ausência de apneias e saturações $O_2 \geq 95\%$.
- Sinais vitais estáveis (com frequência respiratória < 60 rpm e frequência cardíaca 100-160 bpm).
- Termorregulação adequada (temperatura axilar entre 36.5°C e 37.4°C num berço aberto).
- Glicemias estáveis.
- Transito intestinal estabelecido.
- Aporte oral adequado e consistente, com:
 - Coordenação sucção, deglutição e respiração e aquisição de autonomia alimentar.
 - Peso estabilizado ou a aumentar, com perda de peso não superior a 7% do peso de nascimento.
 - Aleitamento materno estabelecido e/ou meios de lactação pós-alta disponíveis.
- Valor de bilirrubina estável (segundo tabelas da APP e/ou do grupo inglês NICE) e calculado risco de hiperbilirrubinemia com critérios para fototerapia, de acordo com o normograma de Bhutani (anexo), tendo em atenção que o pico de hiperbilirrubinemia no PTT é mais tardio (5-7 dias).
- Consoante os valores de bilirrubina, o RN deverá ser enviado para reavaliação 24 a 48h após a alta.
- Confirmar que os cuidados de rotina foram prestados.: testes de rastreio (RANU, rastreio de doenças metabólicas e rastreio de cardiopatias congénitas cianóticas), vacinação (vacina da hepatite B e se elegível para realização de BCG), e tratamentos profiláticos (vitamina K).
- Educação parental, com informação verbal e escrita, fornecendo aos pais folheto informativo, que reforce as necessidades especiais do PTT, o seu risco aumentado de hiperbilirrubinemia, dificuldades alimentares e de desidratação, com ensinamentos para ganho de competências no reconhecimento destas situações no domicílio.
- Avaliação do ambiente social e familiar, com identificação de fatores de risco para o recém-nascido, nomeadamente exposição ao tabaco, posição de deitar, transporte e má adesão ao aleitamento materno.
- Consulta de reavaliação 24-48 após a alta para avaliação da alimentação, peso e valor de bilirrubina.
- Ecografia transfontanelar agendada as 40 semanas de IPM.

5 - SEGUIMENTO:

Os PTT têm risco aumentado a curto e longo prazo daí que, o seu seguimento é de fundamental importância para identificar problemas e intervir atempadamente.

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 9 / 13
---	---	--

Deve ser feito seguimento na consulta de Neonatologia a todos os PTT. A periodicidade destas consultas é estabelecida de acordo com a idade corrigida até aos 2 anos e a partir dessa idade de acordo com a idade cronológica.

A primeira observação do PTT deve realizar-se 24-48 horas após a alta hospitalar, podendo ser diferida se o internamento hospitalar for mais prolongado, destinando-se a avaliação da alimentação, peso e valor de bilirrubina. Quanto à primeira consulta de Neonatologia esta deve ser feita até às 40 semanas de IC, idealmente nas duas primeiras semanas de vida.

Deverá haver uma boa e permanente articulação do pediatra com os cuidados de saúde primários no que respeita à imunização, identificação de fatores de risco e vigilância ponderal (inicialmente com periodicidade semanal, com objetivo de aumento de pelo menos 20g/dia, podendo ser espaçada quando a evolução estiver estabelecida).

A vigilância clínica e do desenvolvimento psicomotor (através das tabelas de Mary Sheridan) deve ser feita às 40 semanas de IC, 1 mês, 3, 6, 9, 12, 18, 24 e 36 meses, preferencialmente, em consulta específica de avaliação de desenvolvimento do PTT. O Teste de Griffiths deve ser realizado por volta dos 3 anos devendo também ser feita, se possível, avaliação cognitiva aos 5-6 anos através do teste WPPSI (avaliação cognitiva, QI, verbal e realização).

A ecografia transfontanelar deve ser efetuada, se possível na primeira semana de vida e sempre às 40 semanas de IPM, com repetição, se necessário.

O seguimento deve ser feito por uma equipa multidisciplinar que inclua neonatologista, médico de família, fisiatra, pediatra do desenvolvimento, pedopsiquiatra, psicólogo, assistente social, educadora/professora, terapeutas, entre outros. Este deve ser efetuado de forma estruturada e coerente, particularmente naqueles em que estão envolvidos vários profissionais e em que são necessárias intervenções diagnósticas e terapêuticas múltiplas. Em casos elegíveis devem ser encaminhados para intervenção precoce, podendo ser referenciados para consultas de outras especialidades e para a ELI da zona de residência. O seguimento tem de ser individualizado tendo em atenção as particularidades de cada PTT, da sua família e dos recursos sociais e regionais disponíveis. A família tem um papel fundamental na vigilância e prestação de cuidados diferenciados no domicílio e deve ser sempre envolvida na tomada de decisões.

6. Intervenientes

Andreia Mascarenhas, Duarte Malveiro, Fátima Clemente, Gilberta Santos, Maria José Vale, Marisa Cabanas

Coordenador: Gilberta Fontes Neves Santos

forma de contacto com o grupo :

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 10 / 13
---	---	---

Fórum neonatal (específico desse consenso)

e-mail: gilbertasantos.neo@chporto.min-saude.pt ; fatima.clemente@chs.j.min-saude.pt

7. Organização :

Grupo de Consensos em Neonatologia – Sociedade Portuguesa de Neonatologia da SPN

8. Abreviaturas

IPM – Idade pós-menstrual

PTT – Pré-termos tardios

RN – Recém-nascido

RNT – Recém-nascido de termo

SDR – Síndrome de dificuldade respiratória

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neonatais

9. Referências

1. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. 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.
2. Martin JA, Osterman MJ, Kirmeyer SE, Gregory EC. Measuring Gestational Age in Vital Statistics Data: Transitioning to the Obstetric Estimate. *Natl Vital Stat Rep* 2015; 64:1.
3. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371:75.
4. Instituto Nacional de Estatística. Natalidade. In: Estatísticas Demográficas 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2015.
5. Barros JG, Clode N, Graça LM. Prevalence of late preterm and early term birth in Portugal. *Acta Med Port* 2016 Apr;29(4):249-253.
6. Garcez C, Silva N, Pinheiro L, Costa M, Sá C, Abreu E, Silva A, Pereira A. Late-preterm birth in level III hospital: incidence and associated morbidity. *L Pediatr Neonat Individual Med*. 2016;5(1):e050135.doi:10.7363/050135.
7. Santos Gilberta, Nascimento J, Silva H, Frutuoso S, Soares P, Carreira L. Late preterm birth and clinical morbidity: case control study. *Società italiana di Neonatologia*, Roma 9-11 Outubro 2014.

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n / ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 11 / 13
---	---	---

8. Behrman RE, Butler AS. Preterm Birth, Causes, Consequences, and Prevention, The National Academies Press, Washington, DC 2007
9. Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. Clin Perinatol 2008; 35:325.
10. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. Pediatrics 2008; 121:e223.
11. McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, et al. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. Pediatrics 2009; 123:653.
12. Hwang SS, Barfield WD, Smith RA, et al. Discharge timing, outpatient follow-up, and home care of late-preterm and early-term infants. Pediatrics 2013; 132:101.
13. Underwood MA, Danielsen B, Gilbert WM. Cost, causes and rates of rehospitalization of preterm infants. J Perinatol 2007; 27:614.
14. Bérard A, Le Tiec M, De Vera MA. Study of the costs and morbidities of late-preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012; 97:F329.
15. Heinonen K, Eriksson JG, Kajantie E, et al. Late-preterm birth and lifetime socioeconomic attainments: the Helsinki birth cohort study. Pediatrics 2013; 132:647.
16. Goyal NK, Fiks AG, Lorch SA. Persistence of underweight status among late preterm infants. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166:424.
17. Kugelman A, Colin AA. Late preterm infants: near term but still in a critical developmental time period. Pediatrics 2013; 132:741.
18. Mathews TJ, MacDorman MF, Thoma ME. Infant mortality statistics from the 2013 period linked birth/infant death data set. Natl Vital Stat Rep 2015; 64:1.
19. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2007 period linked birth/infant death data set. Natl Vital Stat Rep 2011; 59:1.
20. Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:374.e1.
21. Phillips RM et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. Journal of Perinatology 2013; 33:S5-S22
22. Kardatzke M, Rose S R, Engle A W. Late preterm and early term birth: at-risk populations and targets for reducing such early births. NeoReviews 2017; 18:e265
23. Júnior L, Júnior R, Rosa I. Late prematurity: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2014;90(3):221-231.
24. Guasch X et al. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. An Pediatr (Barc). 2009;71(4):291-298
25. Adamkin D and Committee on Fetus and Newborn. Clinical report – postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. Pediatrics 2011; 127:575-579
26. Bartfield WD, Lee KG. Late preterm infants. UpToDate 2017

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

	Consenso Clínico “Prematuridade Tardia”	Código ----- Pág. 12 / 13
---	---	---

27. Garcia Reymundo MG, Hurtado Suazo JÁ, Calvo Aguilar Mj, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, Demestre Guash X. Recomendaciones de Seguimiento del prematuro tardio. Sociedade Espanola Neonatologia.

28. Santos Gilberta. Prematuridade tardia: a nova Epidemia. Nascer e Crescer 2010; vol XIX, nº 3.

10. Anexos:

Abordagem da hipoglicemia no PTT pela AAP

Rastreio e Atuação na homeostasia da glicose posnatal em prematuros tardios
e RN de termo LIG, FMD/PIG

PPT (34-36 ^{6/7} semanas) e LIG (rastreio 0-24h); FMD e PIG ≥34 semanas (rastreio 0-12h)

Sintomático e < 40 mg/dl → glicose ev

ASSINTOMÁTICO

Nascimento até 4h de vida	4 a 24h de vida
INICIAR ALIMENTAÇÃO EM 1 hora Rastrear glicemia 30 minutos após a 1ª refeição	Continuar alimentação a cada 2-3 horas Rastrear glicemia antes de cada refeição
Rastreio inicial <25 mg/dl	Rastreio <35 mg/dl
Alimentar e repetir glicemia em 1 hora	Alimentar e repetir glicemia em 1 hora
<25 mg/dl ↓ glicose ev* 25-40 mg/dl ↓ realimentar/glicose ev* de acordo com o necessário	<35 mg/dl ↓ glicose ev* 35-45 mg/dl ↓ realimentar/glicose ev* de acordo com o necessário

Glicemia alvo ≥ 45 mg/dl no rastreio antes das mamadas de rotina

*Dose de glicose = 200 mg/kg (2 ml/kg de glicose 10%) e/ou perfusão endovenosa 5-8 mg/kg/min (80-100 ml/kg/d). Atingir valor de glicose plasmática de 40-50 mg/dl

Sintomas de hipoglicemia incluem: irritabilidade, tremores, jitteriness, reflexo de Moro exagerado, choro gritado, convulsões, letargia, hipotonia, cianose, apneia, dificuldade alimentar

Edição n.º 1 / ano ou Revisão n.º n /ano	Categoria: 1 – Aparelho / Sistema, Geral 2 – Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em / /
		Validade até: / /

Normograma em horas de Bhutani

(Bhutani VK et al: Predictive ability of a presdischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirrubinemia in health term and near-term newborn. Pediatrics 1999 ; 103: 6-14.)

