

# LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO Y EN EL RECIÉN NACIDO TÉRMINO PRECOZ. PUESTA AL DÍA

## *Breastfeeding in Late Preterm and Early Term Infants. Update*

Paula LALAGUNA MALLADA<sup>1</sup>; Laura SAN FELICIANO MARTÍN<sup>2</sup>; Adolfo GÓMEZ PAPI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>  0000-0001-7835-4560. Pediatra. Hospital de Barbastro. Carretera Nacional 240 S/N 22300 (Huesca).

<sup>2</sup>  0000-0002-8875-2359. Pediatra. Jefa Unidad Neonatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. P.º de San Vicente, 58, 37007 Salamanca. Profesora Asociada. Universidad de Salamanca.

<sup>3</sup>  0000-0002-9737-5428. Neonatólogo. Hospital Universitari de Tarragona «Joan XXIII». C/ Dr. Mallafrè Guasch, 4. 43005 Tarragona. Profesor Asociado. Universitat Rovira i Virgili.

Financiación: el trabajo no ha recibido financiación.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Autor de correspondencia: Paula Lalaguna Mallada [paula.lalaguna@gmail.com](mailto:paula.lalaguna@gmail.com)

Fecha envío: 28/12/2022. Fecha de aceptación: 16/05/2023. Fecha de publicación: 30/09/2023.

### **Palabras**

#### **clave:**

*prematuro  
tardío;  
término precoz;  
lactancia  
materna*

### **RESUMEN**

Los recién nacidos prematuros tardíos son aquellos que nacen entre las 34<sup>0/7</sup> y las 36<sup>6/7</sup> semanas de embarazo y los recién nacidos término precoces son los nacidos entre la 37<sup>0/7</sup> y 38<sup>6/7</sup> semanas de gestación. Ambos grupos son más vulnerables que los recién nacidos a término y tienen mayor riesgo de morbilidad asociada a su inmadurez.

Entre los problemas que presentan con mayor frecuencia están las dificultades de alimentación y el establecimiento de la lactancia materna. Para ofrecer un apoyo y seguimiento adecuado a estos recién nacidos y sus familias, es necesario conocer e identificar las dificultades que pueden presentar y realizar un abordaje práctico para conseguir una lactancia materna exitosa.

En este trabajo se desarrolla una revisión narrativa sobre el tema, con el objetivo de ofrecer una propuesta de atención actualizada para esta población de recién nacidos que permita optimizar el apoyo a la lactancia materna y su seguimiento por parte de los profesionales implicados en sus cuidados. Esto es importante especialmente para las situaciones en las que no requieren ingreso en la unidad neonatal y son atendidos en las salas de maternidad.

La elaboración de un protocolo específico, la capacitación de los profesionales y la formación de los padres se describen como las herramientas fundamentales para alcanzar este propósito.

### **Keywords:**

*Late preterm;  
early term;  
breastfeeding*

### **ABSTRACT**

Late preterm infants are those born between 34<sup>0/7</sup> and 36<sup>6/7</sup> weeks of gestation and early term infants are those born between 37<sup>0/7</sup> and 38<sup>6/7</sup> weeks of gestation. Both groups are more vulnerable than those born at term and have more morbidity associated with their immaturity.

Their most frequent problems are difficulties in feeding and establishing lactation. In order to provide adequate help and follow-up to these babies and their families, it is necessary to know and identify the difficulties that they may present and carry out a practical approach to achieve a successful breastfeeding.

This narrative review aims to offer an actualized care plan for this population of newborns, to optimize breastfeeding support and follow-up by the professionals involved in their care. This is important specially in situations where they do not require admission to the neonatal unit but receive care in the maternity ward.

The development of a specific protocol, the training of professionals and the education of parents are described as the fundamental tools to achieve this purpose.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El incremento de la tasa de prematuridad observado en las últimas décadas es debido, casi exclusivamente, a los prematuros tardíos. Los recién nacidos prematuros tardíos (RNPT) son aquellos que nacen entre las 34<sup>0/7</sup> y las 36<sup>6/7</sup> semanas de embarazo (1,2).

La denominación de «prematuros tardíos» se consensuó sustituyendo a la denominación previa de «recién nacidos casi a término» (3), para enfatizar el hecho de que, aunque la mayoría de estos niños no precisan ingresos en las unidades neonatales, es importante reconocer que son realmente prematuros y que, por lo tanto, son más vulnerables debido a su inmadurez.

Los RNPT tienen un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad que los recién nacidos a término (RNT) con los que clásicamente se les había asimilado. Padecen con mayor frecuencia problemas como hipotermia, hipoglucemia, eliminación tardía de líquido pulmonar, dificultad respiratoria, ictericia o sepsis (4,5,6). Algunas de estas morbilidades están relacionadas con dificultades en la alimentación al pecho, especialmente cuando existe un apoyo inadecuado a la lactancia materna (LM). Una combinación de factores predispone a estos lactantes a una ingesta inadecuada durante la alimentación al pecho; y, en sus madres, a una producción insuficiente de leche (7).

Las tasas de reingreso en este grupo de RN son 2-3 veces mayores que en los RNT. Cuando el reingreso ocurre dentro de las dos primeras semanas tras el alta hospitalaria, se debe principalmente a problemas relacionados con la alimentación (hiperbilirrubinemia, falta de crecimiento, hipernatremia y/o deshidratación) (8). Esto genera un gran impacto en los recursos generales de atención médica (9) y en la autoconfianza de las madres en su capacidad de amamantar a estos frágiles bebés.

## 2. LACTANCIA MATERNA EN EL RN PREMATURO TARDÍO

Sabemos que la leche humana es la alimentación óptima y deseable para todos los recién nacidos, y es especialmente importante para los RNPT y para su desarrollo a largo plazo (10,11,12).

A continuación, se describen las dificultades que pueden presentar y cómo podemos abordarlas.

### 2.1. Dificultades en la lactancia

La gestión de la lactancia materna en este grupo de niños supone un gran reto. Cada vez es más habitual que no precisen ingreso en las unidades de neonatología y permanezcan en la maternidad junto a sus madres (13). En estos casos, es especialmente importante conocer las dificultades para la alimentación que presentan, porque las estrategias y las prácticas de apoyo a la lactancia establecidas en la mayoría de las maternidades están

diseñadas para RNT sanos. No tener en cuenta esta circunstancia puede generar una alimentación insuficiente en el RNPT (7).

En estos bebés, el establecimiento de la lactancia suele ser más difícil por múltiples factores. Está bien documentado que, en general, muestran comportamientos de lactancia ineficaces. Por su inmadurez, están menos tiempo alerta, tienen menos vigor y mayor dificultad para el agarre o la succión y coordinación con la deglución. Por el tamaño de su boca pueden presentar dificultades en el agarre. Aunque puedan parecer falsamente enérgicos y el agarre ser correcto, es frecuente que resulte ineficaz (14,15). Esto se traduce en una mala transferencia de leche y en una producción láctea comprometida por el escaso estímulo (7). También es frecuente que requieran algún tipo de atención tras el parto y se retrase el inicio de la lactancia. Por otro lado, su somnolencia y los periodos más largos de sueño condicionan que no demanden tomas frecuentes, generando en las madres una falsa percepción de que están bien alimentados y no tienen hambre (16).

Todo ello puede condicionar el retraso en el inicio de la lactancia y, como consecuencia, favorecer malnutrición, hipoglucemias, deshidratación e hiperbilirrubinemia. Esto ocurre con mayor frecuencia en madres mayores y primerizas, en nacimientos por cesárea o si se produce la separación de la madre, por la necesidad de alguna medida de reanimación o por otras razones médicas (16,14).

Además, está descrito que los RN prematuros tardíos son una población de riesgo para una corta duración de la LM (17).

El alta a domicilio suele ser antes de que esté completamente establecida la lactancia y, en muchas ocasiones, los padres no cuentan con los conocimientos y el soporte adecuado para la continuidad de los cuidados tras el alta que garanticen la instauración de un amamantamiento exitoso (10,18). Las intervenciones para proporcionar a los padres información y soporte adecuados al alta se relacionan con mayores tasas de lactancia materna (16).

En un trabajo que describe la evaluación de un protocolo de apoyo a la lactancia materna en RNPT realizado en el Hospital Joan XXIII de Tarragona mediante el seguimiento de más de 100 de estos RN en la consulta de lactancia, los autores describen que nos podemos encontrar con 4 situaciones en función de su forma de amamantar (19):

- Grupo 1.- No se agarra al pecho y/o no succiona.
- Grupo 2.- Hace escasas succiones superficiales y se duerme.
- Grupo 3.- Hace succiones profundas con patrón inmaduro.
- Grupo 4.- Succiona como si fuera un RN a término.

En base a esta clasificación, proponen que en las dos primeras situaciones (RN de los grupos 1 y 2) realizan tomas ineficaces y requerirán

suplementos de LM (LM diferida). Si no se consiguiera la leche necesaria a pesar de la optimización de las técnicas de extracción (situación poco frecuente), entonces habría que completar con leche donada si está disponible o como última opción con fórmula artificial hasta cubrir las necesidades nutricionales.

Los RN de los grupos 3 y 4 en general pueden realizar tomas al pecho eficaces. Los bebés que realizan succiones profundas con patrón inmaduro (grupo 3) hacen tomas más prolongadas, pero obtienen toda la leche que necesitan (19).

Es importante señalar que el grupo de «recién nacidos a término precoces» (nacidos entre 37 0/7 y 38 6/7 semanas de gestación), aunque no son tan vulnerables como los RNPT, también presentan más morbilidades y dificultades en la alimentación que los neonatos de edades gestacionales superiores. Por lo tanto, también requieren un apoyo adicional para la correcta instauración de la lactancia materna (20,14).

## 2.2. Estrategias y abordaje

Las intervenciones que ofrecen programas de educación y apoyo específico a la lactancia en RNPT en la maternidad permiten mejorar las tasas de lactancia al alta en este grupo de niños (21). Los prematuros tardíos deben tener unas pautas de lactancia al pecho específicas y diferentes de las de los RNT (16). Estos protocolos de atención deben contemplar una estrecha observación y vigilancia, sobre todo las primeras 12-24 horas, promover la producción y suministro de leche materna, así como una evaluación precoz tras el alta y, si hay problemas de lactancia, valoración y apoyo por parte de profesionales expertos (22).

Debe existir una política por escrito, con un plan de alimentación para los RNPT desde su nacimiento. Es imprescindible la formación de los profesionales implicados en el asesoramiento de las madres (23,12).

Hay dos objetivos clave en el manejo de la lactancia en esta población: por un lado, proteger el suministro de leche y, por otro, garantizar el aporte adecuado del niño. Y un tercero, en las situaciones 1 y 2 (19), sería acompañar a la familia hasta que el bebé está preparado para mamar y obtiene la leche directamente del pecho de su madre. En los RNT, las tomas frecuentes sin restricciones permiten alcanzar estos objetivos, sin embargo, en RNPT, es necesario poner en práctica estrategias hasta que el recién nacido sea capaz de obtener toda la leche que necesita directamente del pecho sin la necesidad adicional de la estimulación con la extracción (16).

En los últimos años, organismos nacionales e internacionales han emitido documentos con recomendaciones para el manejo de la alimentación de este grupo de recién nacidos: la Sociedad Española de Neonatología (SENEO) en 2014 (24); la Academia Americana de Medicina de la Lactancia (ABM) en 2016 (14); el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPSGAN) en 2019 (10); la IHAN internacional (BFHI) en 2020 (23), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022 (12). Tomando como referencia estos documentos, y teniendo en cuenta las consideraciones descritas sobre las dificultades para el establecimiento de la lactancia en los RNPT, a continuación se recopilan y detallan las prácticas que facilitan la instauración de una lactancia materna eficaz en este grupo de niños, así como las estrategias a tener en cuenta en los protocolos específicos de manejo de la alimentación con leche materna durante los cuidados en el parto y la estancia en maternidad (Tabla 1) y tras el alta (Tabla 2).

**Tabla 1. Prácticas y estrategias de atención en el parto y la maternidad que favorecen la lactancia materna en el RNPT**

EN EL PARTO	
Facilitar el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento y favorecer el inicio precoz de la lactancia materna	Si la madre y el niño están clínicamente estables, colocar al RN piel con piel sobre el pecho de la madre. Contribuye a mejorar la estabilización térmica, metabólica y a evitar hipoglucemias. Permite el enganche precoz al pecho.
Evitar la separación del recién nacido de su madre	Idealmente, estos bebés deberían ser ingresados con su madre en la misma habitación. Dependiendo de la organización del hospital y de la disponibilidad de personal, este ingreso puede ser en la maternidad o en la unidad de neonatología, en cualquier caso, es <b>imprescindible</b> poder garantizar la vigilancia y los cuidados adecuados a su situación clínica. Es necesario realizar una observación clínica estrecha las primeras 12-24 horas tras el parto, tratando de organizarla mientras el RN permanece junto a su madre, incluso si requiere tratamiento antibiótico o fototerapia, por ejemplo. Únicamente deberían separarse si se presentan complicaciones que no puedan ser manejadas en alojamiento conjunto y no se puede garantizar la vigilancia oportuna.

PAULA LALAGUNA MALLADA; LAURA SAN FELICIANO MARTÍN; ADOLFO GÓMEZ PAPÍ  
LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO Y EN EL RECIÉN NACIDO  
TÉRMINO PRECOZ. PUESTA AL DÍA

EN EL PARTO	
Iniciar la extracción precoz de calostro (En todos los casos, pero especialmente cuando es necesaria separación madre-RN)	Se debe animar a las madres a iniciar la extracción de leche de forma precoz, preferiblemente en las dos primeras horas de vida, y después mantener extracciones frecuentes (al menos 8 veces al día si se mantiene la separación) proporcionando información y apoyo adecuados.
EN LOS PRIMEROS DÍAS EN LA MATERNIDAD	
Valorar la edad gestacional y madurez clínica	Estimar la edad gestacional mediante una escala como la de Ballard o Dubowitz permite adecuar los cuidados al grado de madurez objetivado (14).
Monitorizar constantes de forma frecuente	Para descartar inestabilidad fisiológica (hipotermia, apnea, taquipnea, alimentación deficiente...), el primer día, es recomendable una valoración cada 3 horas. El peso, la bilirrubina transcutánea, la diuresis, las deposiciones y la transferencia de leche deben registrarse de forma diaria.
Dar información a la madre sobre la lactancia de su niño prematuro	Informar a la madre sobre el comportamiento normal de los recién nacidos prematuros tardíos para adecuar sus expectativas y que sepa qué debe esperar: estados de sueño/alerta, señales de hambre, duración de las tomas.
Ofrecer lactancia materna a demanda	Ofrecer tomas frecuentes, como mínimo 8-12 tomas en 24 horas. Tener en cuenta que los prematuros pueden no mostrar signos de hambre y no despertarse al cabo de 3-4 horas. Además, despertar a un prematuro tardío a menudo es difícil y, en muchas ocasiones, si se consigue, al ponerlo al pecho se duerme enseguida.
Animar a la madre a efectuar la extracción de leche de forma frecuente	La extracción de leche precoz y frecuente es clave para asegurar una buena producción. Aunque el niño mame, es imprescindible enseñar a la madre y diseñar con ella un plan de extracciones (5-10 minutos cada 2 horas) para establecer y mantener el suministro de leche hasta que el lactante sea capaz de hacer todas las tomas efectivas. Proporcionar la prescripción del extractor de leche, si está indicado.

EN LOS PRIMEROS DÍAS EN LA MATERNIDAD	
Realizar la evaluación de la lactancia y documentarla con herramientas de observación de las tomas	Es fundamental evaluar las tomas de forma sistematizada para detectar problemas y anticiparse a las dificultades. Es útil tratar de valorar en cuál de los 4 grupos anteriormente descritos está el RN (19). Detectar si tienen succión ineficaz y será necesario suplementar (grupos 1 y 2) o si son capaces de realizar tomas efectivas (grupos 3 y 4).
Valorar la necesidad de suplementación	Si el bebé realiza tomas ineficaces y se considera que es necesario suplementar, se ofrecerá siempre como primera opción la leche extraída de la propia madre, por este motivo es muy importante animar a la madre a extraerse leche de forma precoz y frecuente (mínimo 8 veces al día), especialmente en los grupos 1 y 2. Si no es posible suplementar con leche de la propia madre, la primera alternativa sería la leche materna donada en caso de que esté disponible en el centro y suplementar con fórmula como último recurso.
Evitar las tetinas para administrar suplementos	Utilizar métodos alternativos para ofrecer la leche materna extraída: cucharilla, cuentagotas o dedo-jeringa. Algunos recién nacidos pueden requerir alimentación por sonda nasogástrica, en estos casos administrar la leche extraída mientras el niño está en canguro o intentando succión.
Recomendar el «método madre canguro»	Lo más continuo posible para evitar la hipotermia y la hipoglucemia, aunque en determinados casos puede ser necesaria la incubadora. Además, el método canguro facilita la búsqueda del pecho y la producción de leche (12,23).
Valorar número de micciones y deposiciones	Es necesario registrar el número de micciones y deposiciones que aportan información sobre si la ingesta de leche es adecuada (30).
Vigilar la pérdida excesiva de peso o deshidratación	Cuando es mayor al 3 % en las primeras 24 horas o mayor de 7 % a los 3 días es necesario un soporte adicional para intensificar la lactancia (22). La media de pérdida de peso en la maternidad está alrededor del 7 %, pero es frecuente que la mayoría alcancen una pérdida del 10 % del peso al nacimiento (19).

EN LOS PRIMEROS DÍAS EN LA MATERNIDAD	
Solucionar problemas precozmente	Si existieran problemas de transferencia, ofrecer posibles recursos como optimizar la postura, realizar compresiones mamarias o el uso transitorio de pezoneras. En prematuros tardíos, la posición en balón de rugby facilita el agarre y las succiones eficaces. También el método canguro (crianza biológica). Las pezoneras pueden facilitar la succión, pues estimulan el paladar. Si se utilizan, es fundamental valorar la toma, porque es frecuente que succionen más que sin ellas, pero con succiones superficiales.

**Tabla 2. Prácticas y estrategias tras el alta de maternidad que favorecen el establecimiento de la lactancia materna en el RNPT**

CUIDADOS TRAS EL ALTA DE LA MATERNIDAD	
Garantizar la valoración precoz del RN	Se debe garantizar una valoración pediátrica a las 24-48 horas del alta hospitalaria y se recomiendan revisiones semanales (como mínimo) en Atención Primaria hasta las 40 semanas de edad postmenstrual o hasta haberse establecido satisfactoriamente una lactancia eficaz con ganancia de peso adecuada (25).
Evaluar la lactancia	En las revisiones se deben documentar la frecuencia y la duración de tomas, método, tipo y forma de administrar suplementos si son necesarios, diuresis, deposiciones y comportamiento del lactante (16). En la exploración del RN hay que poner atención en el estado de alerta e hidratación del niño, estado de las mamas y de la toma (evaluando agarre, succión y deglución). Calcular la variación porcentual de peso desde el nacimiento y ganancia de peso desde el alta. Así mismo, es recomendable registrar la cifra de bilirrubina transcutánea para detectar precozmente la ictericia del prematuro.
Ayudar a resolver dudas	Relacionadas con la postura, el agarre, la transferencia de leche, los signos precoces de hambre.
Revisar los conocimientos y las habilidades sobre la técnica de extracción	Es fundamental revisar la técnica y comprobar su efectividad para garantizar que se pueda suplementar con leche materna extraída hasta que el RN sea capaz de realizar todas las tomas de forma eficaz y estimular el pecho para que la producción láctea sea acorde a sus necesidades.

CUIDADOS TRAS EL ALTA DE LA MATERNIDAD	
Revisar objetivos y expectativa de la madre	Reforzar su confianza, apoyar y animar a continuar con extracciones.
Recomendar continuar el método madre canguro en casa después del alta	Es un método eficaz y fácil de aplicar, que fomenta no solo la lactancia materna, también fomenta la salud y el bienestar tanto del recién nacido como de sus padres.

## ● PLANIFICAR EL ALTA:

Antes del alta hospitalaria hay que explicar a los padres que su hijo tiene un riesgo aumentado de dificultades de alimentación, ictericia y deshidratación. La educación al alta debe centrarse en desarrollar la habilidad de los padres para reconocer estos problemas y en proporcionarles los recursos necesarios para afrontar estas dificultades. Puede ser necesario retrasar el alta hasta comprobar que el niño mantiene estabilidad térmica; la producción y la transferencia de leche está establecida, y los padres conocen el plan de alimentación y cómo deben valorarlo por la diuresis y las deposiciones. Se debe documentar que no hay pérdida de peso mayor al 10 % del peso al nacimiento, y conviene descartar la presencia de otros problemas comunes como la ictericia.

### 2.3. Resolución de problemas

- Una pobre ganancia de peso casi siempre es por aporte insuficiente. Es necesario determinar si se debe a una baja producción de leche, a que el lactante no es capaz de hacer una adecuada transferencia de leche o a ambos factores (15).
- Los RNPT ganan peso trazando una curva más cóncava que la de los RNT (26). En nuestra experiencia, una vez llegan a su peso mínimo (hasta el 10 % de pérdida máxima), se estancan de peso durante 7-10 días, mientras hacen deposiciones y micciones adecuadas y obtienen toda la leche que necesitan, tanto diferida como al pecho (19). Al llegar a las 42 semanas corregidas, alcanzan el peso que les hubiera correspondido. Es imprescindible utilizar las gráficas de peso adecuadas para estos bebés (26) y hacerlo según la edad corregida.

El lactante que obtiene toda la leche que necesita suele hacer unas 5-6 micciones a partir del 4.º-5.º día de vida, tres o cuatro deposiciones amarillentas, mostrarse satisfecho después de 20-40 minutos de toma y presentar un aumento adecuado de peso (27).

- Estrategias para incrementar el aumento de peso: después del alta hospitalaria, si el crecimiento es subóptimo, lo primero que hay que hacer es revisar la técnica de lactancia y asegurarnos de que la lactancia materna se está efectuando de forma adecuada (14).
  - Observar toma y corregir agarre. Si hay dificultades, probar otras posiciones al pecho como la de balón de rugby.
  - Intentar aumentar la frecuencia de las tomas, aunque en ocasiones será difícil dada la dificultad para despertarlos.
  - Instaurar o aumentar la frecuencia de extracciones. Revisar el tipo de sacaleches, así como su eficacia, y valorar qué apoyo tiene la madre para poder llevarlo a cabo.
  - En los grupos 1 y 2 iniciar suplementación después de las tomas o aumentar la cantidad del que ya tomaba. Siempre con leche materna si es posible. En los grupos 3 y 4 si suplementamos, el bebé espaciará las tomas y entonces habrá que despertarle, lo que suele resultar difícil, y en ese momento no querrá mamar porque llegará sin hambre. Por este motivo es importante evaluar e identificar adecuadamente el grupo en el que está el lactante según su capacidad para hacer agarre y succiones.
  - Ofrecer el suplemento si el lactante está despierto y no satisfecho después de 30-40 minutos al pecho, ya que el tiempo adicional de tomas cansa al lactante y no aumenta significativamente la ingesta.
  - Instaurar una pauta de «triple alimentación» (toma directa al pecho, seguida de suplementación con leche materna idealmente y extracción) en cada toma. Esta medida resulta eficaz, pero puede no ser adecuada para algunas madres, sobre todo si no cuentan con el apoyo necesario. Es un proceso que puede resultar agotador para una madre sin apoyo o si se trata de gemelos.
  - Valorar, de forma consensuada con la madre, el uso de un galactogogo, si existe una producción baja documentada de leche materna y la madre no consigue aumentar la producción con otras estrategias (28).
- Recién nacido con dificultad para el agarre: descartar problemas anatómicos, anquiloglosia, alteraciones en las mamas. Mostrar posturas para amamantar para favorecer el agarre, como la postura de crianza biológica, el balón de rugby o el agarre dirigido. En caso de

detectarse anquiloglosia, la experiencia propia de los autores de este manuscrito es que en los grupos 1 y 2 es prudente no realizar frenotomía porque es difícil valorar cómo afecta a la lactancia.

- Ictericia o hiperbilirrubinemia: es más frecuente en el prematuro tardío y en el término precoz. Como principales factores causantes están la falta de aporte, la inmadurez o el retraso en el inicio de la lactancia. Generalmente al alta se van con una bilirrubina transcutánea menor que la que se detecta en la visita de 2-3 días posteriores. Debemos optimizar la lactancia materna, no suspenderla. En el caso de precisar ingreso hospitalario para tratamiento con fototerapia, debe favorecerse el alojamiento conjunto y no suspender la lactancia materna ni restringir el número de tomas (29).

### 3. SEGUIMIENTO

Para un adecuado seguimiento, al igual que en el RNT, en estos niños es muy importante que exista una coordinación entre el hospital y Atención Primaria para garantizar la continuidad de los cuidados del RN y el apoyo a la familia (30). Este aspecto está recogido en el documento específico sobre la implantación de la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia) para los recién nacidos prematuros y enfermos (23).

El equipo de Pediatría de los centros de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el seguimiento del RNPT. Existe un programa de seguimiento del prematuro tardío de la Sociedad Española de Neonatología (25) que comparte muchos de los contenidos del programa de actividades preventivas de la infancia y se estructura en cribados, consejos de salud, vacunaciones y en detección y orientación del riesgo de algunas patologías propias de la prematuridad.

Entre las recomendaciones destacan:

- Corroborar la ganancia de peso los primeros días, con revisiones diarias o cada 2-3 días. En todos los casos que se detecten dificultades en la alimentación (sobre todo los grupos 1 y 2) o ictericia significativa, habrá que realizar una nueva valoración precoz. En función de la organización de cada servicio y de la coordinación entre atención primaria y hospitalaria, esta visita puede ser en el propio servicio de neonatología, en la consulta específica de lactancia o una visita domiciliaria si se dispone de este tipo de seguimiento.
- Realizar controles semanales de peso hasta las 40 semanas corregidas o hasta garantizar un buen crecimiento. Hay que tener en cuenta

que los primeros 7-10 días tras el alta no suelen ganar peso y, posteriormente, presentan un aumento progresivo de peso (promedio de 20-30 g/día y longitud y perímetro cefálico 0,5 cm/semanales).

- En la evaluación precoz hay que comprobar que no pierdan peso, que las cifras de bilirrubina se mantengan estables, comprobar la ingesta de LM diferida o la transferencia adecuada de leche al pecho y que el ritmo y la calidad de las deposiciones y micciones son adecuados.
- Medidas de promoción de la salud y para evitar el riesgo de muerte súbita del lactante, que es mayor en prematuros: promover la lactancia materna a demanda. *Grado de recomendación A.*
- Valorar la necesidad de suplementación con hierro oral por el riesgo de anemia ferropénica en los prematuros tardíos amamantados.
- Seguimiento de problemas pulmonares y neurocognitivos a largo plazo.

#### 4. CONSIDERACIONES E IDEAS CLAVE

La leche materna es el alimento óptimo y deseable para los recién nacidos prematuros tardíos y término precoces. Sin embargo, estos niños son inmaduros y más vulnerables que los RNT por lo que presentan problemas para la alimentación que dificultan el establecimiento de la lactancia materna exitosa.

En este grupo de niños es imprescindible una atención estrecha y un apoyo especial a la lactancia materna desde su nacimiento, sobre todo si son atendidos en las salas de maternidad, donde es más probable que pase desapercibida su inmadurez y no se realice un manejo específico.

Los objetivos clave para el manejo práctico de la lactancia materna en esta población son proteger la producción de leche y garantizar el aporte adecuado al recién nacido. Para lograrlos, los profesionales deben, por un lado, anticiparse y, por otro, detectar de forma precoz las dificultades de alimentación ofreciendo un acompañamiento eficaz a las familias.

La elaboración de un protocolo específico que contemple las estrategias de apoyo a la lactancia materna recogidas en este documento, la formación de los profesionales y la capacitación de los padres y su implicación, son fundamentales para la detección de potenciales complicaciones en la alimentación y la instauración de una lactancia materna satisfactoria.

Es preciso realizar un seguimiento específico tras el alta diferente al de los RNT que contemple y refuerce las medidas de apoyo a la lactancia materna.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Raju TNK, 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* [Internet]. 2006 sep. 1 [citado el 30 de enero de 2023];118(3):1207-14. Disponible en: [/pediatrics/article/118/3/1207/69327/Optimizing-Care-and-Outcome-for-Late-Preterm-Near](#)
2. Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2012 jun. 1 [citado el 30 de enero de 2023];17(3):120-5. Disponible en: <http://www.sfnmjournal.com/article/S1744165X1200008X/fulltext>
3. Engle WA. A Recommendation for the Definition of «Late Preterm» (Near-Term) and the Birth Weight-Gestational Age Classification System. *Semin Perinatol*. 2006 feb. 1;30(1):2-7.
4. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical Outcomes of Near-Term Infants. *Pediatrics* [Internet]. 2004 ag. 1 [citado el 30 de enero de 2023];114(2):372-6. Disponible en: [/pediatrics/article/114/2/372/64615/Clinical-Outcomes-of-Near-Term-Infants](#)
5. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C, Stark AR, Adamkin DH, Batton DG *et al.* «Late-Preterm» Infants: A Population at Risk. *Pediatrics* [Internet]. 2007 dic. 1 [citado el 30 de enero de 2023];120(6):1390-401. Disponible en: [/pediatrics/article/120/6/1390/70578/Late-Preterm-Infants-A-Population-at-Risk](#)
6. Leone A, Ersfeld P, Adams M, Meyer Schiffer P, Bucher HU, Arlettaz R. Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. *Acta Paediatr* [Internet]. 2012 en. 1 [citado el 30 de enero de 2023];101(1):e6-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1651-2227.2011.02459.x>
7. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding. *J Midwifery Women's Health* [Internet]. 2007 nov. 1 [citado el 1 de febrero de 2019];52(6):579-87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952307003467>
8. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early Readmission of Newborns in a Large Health Care System. *Pediatrics* [Internet]. 2013 may. 1 [citado el 30 de enero de 2023];131(5):e1538-44. Disponible en: [/pediatrics/article/131/5/e1538/31262/Early-Readmission-of-Newborns-in-a-Large-Health](#)
9. Sharma D, Padmavathi IV, Tabatabaie SA, Farahbakhsh N. Late preterm: a new high risk group in neonatology. [Internet]. 2019 [citado el 30 de enero de 2023];34(16):2717-30. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1670796>
10. Lapillonne A, Bronsky J, Campoy C, Embleton N, Fewtrell M, Fidler Mis N *et al.* Feeding the Late and Moderately Preterm Infant: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* [Internet]. 2019 [citado el 30 de

- enero de 2023];69(2):259-70. Disponible en: [https://journals.lww.com/jpgn/Full-text/2019/08000/Feeding\\_the\\_Late\\_and\\_Moderately\\_Preterm\\_Infant\\_\\_A.25.aspx](https://journals.lww.com/jpgn/Full-text/2019/08000/Feeding_the_Late_and_Moderately_Preterm_Infant__A.25.aspx)
11. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF); (2003); Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2003 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1>
  12. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. World Heal Organ [Internet]. 2022;1-123. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363697>
  13. Eidelman AI. The challenge of breastfeeding the late preterm and the early-term infant. Vol. 11, Breastfeeding Medicine. 2016. p. 99.
  14. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34-36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37-38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. Breastfeed Med [Internet]. 2016;11(10):494-500. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.29031.egb>
  15. Walker M. Walker 2010 Breastfeeding Management for the Late Preterm Infant Practical Interventions for the Littel Imposters. 2010;1.
  16. Meier P, Patel AL, Wright K, Engstrom JL. Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants. Clin Perinatol [Internet]. 2013 dic. [citado el 30 de enero de 2023];40(4):689. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095510813001000?via%3Dihub>
  17. Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjerulff KH. Reduced Breastfeeding Rates in Firstborn Late Preterm and Early Term Infants. <https://home.liebertpub.com/bfm> [Internet]. 2016 abr. 6 [citado el 30 de enero de 2023];11(3):119-25. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2015.0122>
  18. Whyte RK, Hilliard RI, Jefferies AL, Peliowski-Davidovich A, Sorokan ST, Whyte HEA. Safe discharge of the late preterm infant. Paediatr Child Health [Internet]. 2010 dic. 1 [citado el 30 de enero de 2023];15(10):655-60. Disponible en: <https://academic.oup.com/pch/article/15/10/655/2639347>
  19. Gómez Papí A, Sosa Solís AM, Lázaro García M MSC. Eficacia del protocolo de lactancia materna para prematuros tardíos. En: IX Congreso Español de Lactancia Materna Zaragoza. 2017.
  20. Raju TNK. Moderately Preterm, Late Preterm and Early Term Infants: Research Needs. Clin Perinatol. 2013 dic. 1;40(4):791-7.
  21. Estalella I, San Millán J, Trincado MJ, Maquibar A, Martínez-Indart L, San Sebastián M. Evaluation of an intervention supporting breastfeeding among late-preterm infants during in-hospital stay. Women and Birth [Internet]. 2018;7-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.003>
  22. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2008 nov. 1 [citado el 1 de febrero de 2019];37(6):692-701.

- Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515301404>
23. OMS, UNICEF. The baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns [Internet]. Report reflects the activities of the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. p. 1-56. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>
  24. Hurtado Suazo JA, García Reymundo M, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A, Trincado Aguinagalde MJ *et al.* Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. An Pediatría [Internet]. 2014;81(5):327.e1-327.e7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314003191>
  25. García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, Martín Peinador Y *et al.* Follow-up recommendations for the late preterm infant. An Pediatr [Internet]. 2019;90(5):318.e1-318.e8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2019.01.007>
  26. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC *et al.* Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. Lancet Glob Heal [Internet]. 2015 nov. 1 [citado el 19 de noviembre de 2022];3(11):e681-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26475015/>
  27. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers [Internet]. Vol. 98. 2018. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2018/0915/p368-s1.html>
  28. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. Breastfeed Med [Internet]. 2018 jun. [citado el 23 de septiembre de 2020];13(5):307-14. Disponible en: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2018.29092.wjb>
  29. Flaherman VJ, Maisels MJ. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation - Revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(5):250-7.
  30. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. 2017.