



Alimentación enteral del RN prematuro < 32 s y/o < 1.500 grs.

Elaborado por: Patricia Alvarez Cantwell

Revisado por:

Fecha: 05 de mayo de 2015

OBJETIVO:

- Estandarizar alimentación enteral en el paciente prematuro menor de 32 semanas y/o < 1500 g

RESPONSABLE: Pediatra - neonatólogo. Matrona

EJECUTOR: Pediatra - neonatólogo. Matrona

ALIMENTACION ENTERAL

1. Iniciar alimentación enteral lo antes posible (6 a 8 horas de vida) con calostro de su madre si se cumplen los siguientes criterios:
 - Ausencia de patología respiratoria y/o cardiovascular severa (FiO₂>40%)
 - Ausencia de ductus arterioso persistente hemodinámicamente significativo
 - Sin sospecha de enterocolitis necrotizante
 - Sin sospecha de obstrucción intestinal
 - Sin necesidad de drogas vasoactivas:
 - Epinefrina
 - Dopamina a dosis mayores de 5 mcg/k/min

2. Iniciar estímulo trófico con 10 a 15 cc por kilo día de leche de su madre (* leche materna donada pasteurizada si está disponible). Evaluar uso de fórmula de prematuros después del tercer día si es que no hay leche materna.
3. Incrementar volúmenes gradualmente de 10 a 20 cc por kilo día hasta alcanzar volumen de 150 cc por kilo/día

MODO DE ADMINISTRACION

1. Via sonda orogástrica o nasogástrica hasta 34 semanas de edad corregida
2. Preferir alimentación en bolos en gavage a alimentación continua ya que no ha demostrado ventajas.
3. Usar alimentación continua en las siguientes situaciones
 - a. Fracaso de la alimentación en bolos
 - b. Considerar en pacientes con mucha inestabilidad cardiorrespiratoria que muestran aumento de su compromiso asociado a alimentación.

MANEJO DE RESIDUOS GASTRICOS

1. Medir residuos gástricos sin aspirar con fuerza durante los primeros 10 días de vida. Si el paciente se encuentra estable después de ese período y con con progreso en su ingesta de leche, sólo se medirán residuos si hay distensión abdominal o sensibilidad abdominal
2. En relación al volumen de los residuos:
 - a. Si el residuo es de 1 a 2 cc, se administra la alimentación indicada
 - b. Si el residuo es de 2 a 5 cc se resta del volumen total y se devuelve al paciente
 - c. Si el residuo es mayor a 5 cc, evaluar el abdomen y el estado general del paciente. Si no hay evidencia de compromiso gastrointestinal, devolver el residuo al paciente y volver a medir en 1 hora. Si el residuo es de menor volumen, reiniciar alimentación enteral. Si es mayor, reexamine el abdomen y considere pedir una Rx de abdomen simple.
 - d. Evaluar frecuencia y calidad de las deposiciones si hay aumento de residuos gástricos.

SITUACIONES ESPECIALES

1. Ductus Arterioso

Si el paciente se encuentra con buena tolerancia enteral al momento de plantear el tratamiento de un ductus arterioso hemodinámicamente significativo no es necesario suspender la alimentación. Durante el tratamiento del ductus arterioso, alimentar con leche materna sin fortificar y bajar el volumen enteral a 50 cc por kilo por día. Si el paciente está muy comprometido, se puede disminuir el volumen a volúmenes de estímulo enteral (10 a 20 cc/ kilo por día).

2. Transfusiones de glóbulos rojos:

Alimentar con leche materna sin fortificar durante las 24 horas de la transfusión. Si el paciente estaba recibiendo más de 50 cc/k/día, suspender la alimentación previa y la siguiente de la transfusión. Si estaba recibiendo menos de 50 cc/k/día, no es necesario suspender ninguna alimentación.

FORTIFICACION DE LECHE MATERNA

1. Iniciar fortificación de leche materna una vez alcanzado 70 cc /k/dia de tolerancia.
2. Si el RN recibe más del 50% del volumen de alimentación con fórmula de prematuros, entonces la fortificación no es necesaria (salvo indicación de nutricionista)
3. Incrementos de concentración de fortificación según pauta de nutricionista.

EVALUACION NUTRICIONAL

1. Control de parámetros antropométricos semanalmente

Incrementos de peso > 15 g/dia

Incrementos de talla 1 cm/semana

Incrementos de circunferencia craneana 1 cm/semana

2. Control de parámetros de laboratorio cada 15 días

Natremia

Calcemia/Fosfemia/Fosfatasa Alcalinas

Nitrógeno Ureico

Estado Acido/Base

Albuminemia

Hto/Hb y recuento de reticulocitos.

3. Suplementos

Iniciar vitamina D 400 UI/ día al 5º día de vida

Iniciar suplemento de Fe en dosis de 4 mg/k/día a los 15 días de vida y tolerando
150 cc/kilo

Zinc en dosis de 3 mg/k/d junto con el Fe (4 gotas al día habitualmente)

BIBLIOGRAFIA

1. Patole S, de Klerk N. Impact of standardised feeding regimens on incidence of neonatal necrotising enterocolitis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90(2):F147-51.
2. Patole S. Safety of enteral feed volumes in neonates at risk for necrotizing enterocolitis: the never ending story. *Pediatrics* 2004;114:327-9.
3. Norma de Alimentación Enteral del Recién Nacido Hospital Luis Tisné 2010
4. Protocolo de nutrición del RN prematuro Neored 2012
5. Guías Neonatología Hospital La Serena 2014
6. Lau, C. Oral Feeding in the Preterm Infant. *NeoReviews* 7, e19–e27 (2006)
7. Arslanoglu, S., Moro, G., Ziegler, E. & Nutrition, the. Optimization of human milk fortification for preterm infants: new concepts and recommendations. *J Perinat Med* 38, 233–8 (2010)

8. Patole S, Kumaran V, Travadi J, Brooks J, Doherty D. Does patent ductus arteriosus affect feeding tolerance in neonates? *Arch Dis Child Neonatal Fetal Ed* 2007;92:F53-F5.