


| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL

1. OBJETIVO

Conocer los conceptos básicos del soporte Nutricional enteral para dar un adecuado aporte nutricional como parte integral del Tratamiento médico para evitar la malnutrición ya que constituye un importante riesgo de morbilidad y mortalidad.

2. ALCANCE

Orientar a los integrantes del grupo interdisciplinario para brindar soporte nutricional, de acuerdo al estado del paciente.



3. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes con tracto gastrointestinal funcional que requieran que estén en una situación patológica en la que exista una imposibilidad para satisfacer las necesidades nutricionales mediante una dieta oral normal, ya sea porque existen alteraciones para la ingestión de nutrientes y/o por que existen anomalías digestivas de tipo anatómico o funcional que imposibilita el tránsito intestinal, la digestión o la absorción adecuada de los mismos.

3.1 INDICACIONES

- Pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, cuyas necesidades no sean satisfechas por la vía oral.
- Niños con función digestiva intacta que no pueden o no quieren ingerir alimentos (patologías respiratoria aguda, enfermedades neurológicas, coma, politraumatizados, malformaciones orofaciales, anorexia nerviosa)
- Pacientes con función digestiva intacta y con demandas aumentadas que no son cubiertas por la vía oral: Estados hipermetabólicos (sepsis, quemados, quirúrgicos, etc.); enfermedades crónicas (cardiopatías, respiratorios oncológicos, SIDA, etc.)
- Malformaciones anatómicas del tubo digestivo (atresia esófago, diafragma duodenal, etc.)
- Pacientes que no pueden recibir dietas habituales por alteración de la función intestinal o metabólica (diarrea intratable, enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, síndrome de intestino corto, fibrosis quística, glucogenosis, etc.)

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |
| | | | FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018 | |

- Recién nacidos de bajo peso de nacimiento.
- Transición de nutrición parenteral total a alimentación oral.

3.2 CONTRAINDICACIONES

- Inestabilidad hemodinámica grave
- Condiciones que inhabiliten completamente el uso del tubo digestivo
- Obstrucción intestinal completa por causas mecánicas
- Íleo o hipo motilidad intestinal (mientras dure)
- Diarrea intensa (mientras dure)
- Fístula externa de alto gasto (más de 500 ml/día) (Inicialmente)
- Pancreatitis aguda severa (inicialmente)
- Shock (descompensado) y/o con soporte hemodinámico intenso con dosis altas de inotrópicos o vasoconstrictores tipo adrenalina o Dopamina (excepto Dopamina a dosis renotrópicas (3ug/Kg/min) : cuando hay franca inestabilidad hemodinámica que comprometa la perfusión intestinal.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Es la técnica mediante la cual se administra nutrientes al organismo a través de la vía digestiva, utilizando medios distintos a la alimentación oral convencional, ya sea en cuanto a la vía de administración o a la mezcla nutritiva administrada. Incluye el paso de formulas nutricionales especiales por la boca (NE oral), o a través de sondas colocadas a diferentes niveles del tracto gastrointestinal superior utilizando formulas especiales o alimentos naturales. Es así como la nutrición enteral puede ser oral, nasogástrica, duodenostomía o yeyunostomía. Según el tiempo y la forma de administración puede ser en infusión continua, en bolos o por gravedad, o Nutrición enteral mínima o no nutritiva, trófica o hipocalórica.


5. VÍA DE ADMINISTRACIÓN :

La alimentación enteral o por tubo es de dos clases; el tubo o sonda ingresa al tracto gastrointestinal por orificios naturales o lo hace a través de ostomías creadas quirúrgicamente.

VÍA OROGASTRICA

Es usada en menores de 34 semanas de edad gestacional disminuyendo la obstrucción nasal al paso del aire, aunque existen estudios de buena tolerancia con SNG. No se recomienda en pacientes con reflejo nauseoso exacerbado y en algunos estudios se ha observado mayor incidencia de emesis y residuos

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |
| | | | FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018 | |

gástricos con esta técnica. O en pacientes a quienes no se les pueda pasar la sonda nasogástrica.

VÍA NASOGÁSTRICA: de primera elección, es más fisiológica al incorporar el estómago e intestino alto en el proceso de digestión, permite además mecanismos anti infecciosos al considerar la barrera gástrica. Permite el uso de fórmulas de mayor osmolaridad y es fácil de colocar



VENTAJAS

- Vía de elección
- Fácil acceso
- El vaciamiento gástrico debe ser adecuado con mínimo riesgo de aspiración.
- Permite proceso digestivo normal.
- Mejor tolerancia a la alimentación.
- Tolera grandes cargas osmóticas administradas en bolos, por condiciones enzimáticas necesarias
- Requiere que los reflejos nauseoso y de tos estén intactos.
- Debe existir mínimo riesgo de aspiración.

Las recomendaciones sobre el uso de sondas a nivel de estomago son:

- Monitorizar frecuentemente los residuos gástricos y en caso de ser mayores al 30 % en dos tomas sucesivas la nutrición debe ser reevaluada o suspendida.
- Lavar rutinariamente la sonda en infusión continúa con 2-4ml cada 4 horas con agua tibia, como antes y después de alimentación (gravedad) y la administración de medicamentos.
- Dar en forma líquida las medicaciones cuando son administradas por sonda.
- Manipular y almacenar los alimentos enterales (incluyendo leche materna) usando técnicas asépticas.
- Iniciar la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda.
- Elevación de la cabecera de la cama, evitar medicamentos que alteren la motilidad gástrica
- Evitar aumento de presión intrabdominal.
- Vigilar la presencia de distensión abdominal

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

Contraindicaciones: retardo de vaciamiento gástrico, reflujo gastroesofágico, riesgo de aspiración pulmonar, vómitos incoercibles.

Vía TRANSPILORICA: Puede ser naso yeyunal o duodenal

La alimentación nasoenterica está indicada en soporte nutricional de corta duración (< de 6 semanas)



La nutrición transpilórica, preferiblemente yeyunal más que duodenal está indicada en:

- Pacientes con estado mental alterado y reflejos nauseoso y de tos ausente, regurgitación y vomito frecuente, disfunción del esfínter esofágico inferior o hernia hiatal en ventilación mecánica y con alto riesgo de aspiración.
- Pacientes con íleo gástrico o gastroparesia asociada a: reparaciones quirúrgicas de obstrucciones del vaciamiento gástrico
- Pacientes en ventilación mecánica y con alto riesgo de aspiración.
- Íleo gástrico o gastroparesia asociada a reparaciones quirúrgicas de obstrucciones del vaciamiento gástrico
- Infiltraciones malignas de la pared gástrica,
- Gastroparesia idiopática o disquinesias gastrointestinales primaria o secundarias.
- Pancreatitis y fístulas pancreáticas para evitar la estimulación pancreática.

Enterostomías: indicadas en pacientes con enfermedades crónicas que requieren alimentación enteral por períodos prolongados (> de semanas) o que presentan malformaciones del aparato gastrointestinal (gastrostomía, duodenostomía, yeyunostomía). Puede ser una vía transitoria o definitiva.

Las sondas de gastrostomías son de material de silicona con balones de baja presión para fijación interna y arandelas para fijación externa y tapa y también se usa el botón de gastrostomía.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

6. PLANIFICACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL:

Se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

Historia Médica

Valoración del estado Nutricional, peso, talla, indicadores nutricionales, índice de masa corporal, Exámenes de laboratorio, examen y Examen físico que incluya manifestaciones de las deficiencias de nutrientes o exceso.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Se debe realizar una valoración nutricional teniendo en cuenta los siguientes componentes

- Ingestión de nutrientes actuales y previos.
- Dieta enteral actual o líquidos parenterales prescritos y el número de días sin nada vía oral.
- Conducta alimentaria y habilidad en la alimentación
- Intolerancia o alergias alimentarias
- Medición antropométrica de peso y talla utilizando como referencia las tablas de la OMS
- Exámenes de laboratorio de utilidad en la evaluación nutricional.
- Examen físico que incluya manifestaciones de las deficiencias de nutrientes o exceso.

7. Determinación de los Requerimientos Nutricionales



REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

REQUERIMIENTO DIARIOS DE LÍQUIDOS

| PESO | CANTIDAD |
|----------------|---|
| Menor 1500 gr | 130-150ml/kl |
| 1500-200 gr | 110-130 ml/kl |
| 2-10 kg | 100 ml/kg |
| Mayor 10-20 kg | 1000 por 10 kg + 50 ml por cada kg > de 10 kg |
| Mayor de 20 kg | 1500 por 20 kg +20 ml por cada kg > de 20 kg |

J. F Vera. Guías de gastrohepatología y nutrición pediátrica basadas en la evidencia. Editorial Distribuna. Bogotá 2006-

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

REQUERIMIENTO DIARIOS DE ENERGÍA

| EDAD (AÑOS) | Kcal/kg |
|--------------|---------|
| 0-1 | 90-120 |
| 1 a 7 | 75-90' |
| 7 a 12 | 60 - 75 |
| 12 a 18 | 30- 60 |
| > 18 | 25- 30 |

J. F Vera. Guías de gastrohepatología y nutrición pediátrica basadas en la evidencia. Editorial Distribuna. Bogotá 2006-

REQUERIMIENTOS DE PROTEÍNAS

| EDAD | GR/KG/DÍA |
|---------------------------------|-----------|
| Bajo peso al nacer | 3-4 |
| Recién nacido a termino | 2-3 |
| 1-10 años | 1.0 a 1.2 |
| Adolescentes: En estado critico | 1.5 |

J. F Vera. Guías de gastrohepatología y nutrición pediátrica basadas en la evidencia. Editorial Distribuna. Bogotá 2006-

REQUERIMIENTOS DE CARBOHIDRATOS

El aporte de carbohidratos debe comprender del 40 al 50 % del gasto calórico en lactantes y niños

Pequeñas cantidades de carbohidratos deben ser usadas en lactantes y niños quienes no reciben soporte nutricional, para evitar el catabolismo proteico

En lactantes con tolerancia a la lactosa, esta debe ser el carbohidrato enteral predominante administrado en los primeros tres años de vida.

Los recién nacidos pretermo deben recibir una fórmula que tenga una mezcla de 50/50 de polímeros de lactosa y glucosa, ya que pueden ser incapaces de digerir particularmente l



REQUERIMIENTOS DE LÍPIDOS

En niños menores de 1 año no debe haber restricción en la ingesta de grasas

En niños entre 1 y 2 años la restricción de grasas debe ser muy limitada

Para niños entre 2 y 6 años debe haber una transición de dieta alta en grasa a dieta moderada en grasas, que incluya menos del 30 % del total de la energía y menos del 10 % de grasas saturadas

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

En pacientes con soporte nutricional, 1% a 2 % de la energía debería ser derivada del ácido linoleico (omega 6) y cerca del 0.5 % del ácido alfa- linoleico (omega 3) para prevenir la deficiencia de ácidos grasos esenciales.

8. TIPO DE SONDA

Son preferibles los tubos de poliuretano y silicona, por ser más flexibles, causan menos irritación local y pueden mantenerse por períodos prolongados (4 semanas o más). El grosor depende de la edad: recién nacidos 4 French, lactantes y preescolares 5-6 French y escolares 8 French.

9. FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN



Hay tres métodos de alimentación enteral, la elección de la vía depende del estado clínico y de la calidad de vida del paciente

Alimentación en bolos: Se utiliza para pacientes que se encuentran clínicamente estables, con estómago funcional.

Alimentación enteral intermitente: se asemeja más a la alimentación normal, no requiere bomba de infusión y permite mayor movilidad del paciente. Esta alimentación debe realizarse solo en el estómago y requiere un vaciamiento gástrico adecuado, permitiendo la estimulación de períodos de hambre y saciedad. Los inconvenientes planteados son mayor frecuencia de náuseas, dolor abdominal, diarrea, vómito y riesgo de aspiración.

Alimentación enteral continua: requiere de bomba de infusión y es menos fisiológica puede administrarse al estómago si existe un buen vaciamiento gástrico, permitiendo usar la barrera contra las infecciones y mejor tolerada en el paciente crítico, permite una mejor absorción de los nutrientes. Está indicada en riesgo de aspiración, síndrome de intestino corto, síndromes malabsortivos y alto gasto energético.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Médico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |



Guías para iniciación y avance de Nutrición enteral continua e intermitente por sonda

| EDAD | INFUSIÓN INICIAL | CONTINUACIÓN | OBJETIVO |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|
| CONTINUA | | | |
| Pretermino | 1-2ml/k/hora | 10-20ml/kg/día | 120-175 ml/k/día |
| 0-12 meses | 1-2ml/k/hora | 1-2ml/kg cada 2-8horas | 6ml/kg/hora |
| 1-6 años | 1 ml/k/hora | 1 ml/kg cada 2-8horas | 4-5ml/kg/hora |
| >7 años | 25 ml/hora | 25 ml cada 2-8 horas | 100-150 ml/hora |
| BOLOS/INTERMITENTE | | | |
| Pretermino (>1200 gr) | 2-4ml/kg/toma | 2-4 ml/toma | 120-175 ml/kg/día |
| 0-12 meses | 10-15 ml/kg c/2-3 horas | 10-30 ml/toma | 20-30 ml/kg cada 4-5 horas |
| 1-6 años | 5-10 ml/kg cada 2-3 horas | 30-45 ml/toma | 15-20 ml/kg cada 4-5 horas |
| >7 años | 90-120 ml cada 3-4 horas | 60-90 ml/toma | 330-480 ml cada 4-5 horas |

DIRECTRICES PARA INICIAR ALIMENTACIÓN POR SONDA

1. Iniciar con 1 a 2 ml de preparado por kilogramo de peso corporal por hora en goteo constante o en alimentación intermitente frecuente.
2. Emplear inicialmente preparados isotónicos (menor de 350 mOsm); La alimentación inicial no debe superar los 0.5 cal/ml en pacientes que no sean alimentados durante más de siete días.
3. Incrementar el volumen y la concentración por separado. Aumentar el volumen a un tercio o a la mitad del volumen
4. Habitualmente los cambios se realizan cada 24 horas según tolerancia, aunque pueden realizarse con frecuencia de seis a ocho horas
5. Si se presenta signos de intolerancia (vómitos, diarreas o volumen residual excesivo) debe regresarse a la última pauta de alimentación previa: Posteriormente progresar más despacio con la pauta de alimentación.



| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |
| | | | FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018 | |

COMPLICACIONES, PREVENCIÓN Y MANEJO

| COMPLICACIONES | CAUSAS | CONTROL |
|---------------------------------|---|---|
| GASTROINTESTINALES | | |
| Vaciamiento gástrico inadecuado | Íleo paralítico, formulas densas hiperosmolares, formulas muy frías | Medición de residuo antes de administrar bolo o cada 4 horas en alimentación continua |
| Nausea, vomito | Contaminación bacteriana Antibióticos, intolerancia a la lactosa, | Reducción de la contaminación, Administración de formulas isotónicas Evitar formulas con lactosa, en malnutrición administrar primero dieta elemental |
| Distensión abdominal | Íleo paralítico, Excesivo paso de agua | Corrección de íleo, control de electrolitos, cambio a formula elemental |
| Sangrado digestivo | Gastritis erosiva | Uso de antiácidos y protectores de mucosa |
| MECÁNICAS | | |
| Obstrucción del tubo | Administración de medicamentos inadecuadas o preparados alimenticios con grumos | Administrar medicamentos en forma líquida, irrigar el tubo con 10 ml de agua después de cada dosis |
| Desplazamiento del tubo | Inadecuada fijación, vómitos , tos | Controlar la posición del tubo con rayos x |
| Neumonía de aspiración | Reflujo | Colocar el tubo en duodeno o yeyuno |
| METABÓLICAS | | |
| Hiperglicemia | Diabetes, estrés | Controlar glicemia, controlara aporte de glucosa |
| Hipernatremia | Alta ingesta de sodio Alta ingesta de agua | Control de líquidos y electrolitos, Administración de agua y reducción de la cantidad de sodio |
| Hiponatremia | Retención anormal de agua Deficiencia de sodio | Control de líquidos y electrolitos Administración de sodio y restricción de agua |
| Hipokalemia | Diarrea, insuficiencia de potasio | Adición de potasio a la mezcla o corrección por vía parenteral |

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------------------|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |

10. CLASIFICACIÓN DE LAS FORMULAS

Las formulas disponibles se pueden agrupar según la complejidad molecular de los nutrientes.

Formulas Poliméricas: Están compuestas por nutrientes de alto peso molecular y baja osmolaridad, proteína entera y carbohidratos complejos. Se usan en pacientes con función digestiva normal y/o con intolerancias específicas. Se incluyen las fórmulas convencionales de baja osmolaridad y fórmulas especiales de alta densidad calórica. Pueden constituir la única fuente de de alimentación a largo plazo

Formulas Modulares: Son aquellas en que se dispone de los nutrientes en forma individual, como módulos proteicos, de lípidos o carbohidratos, para ser usados como complementos de otras formulas.



Formulas Elementales o parcialmente hidrolizadas: Contienen proteína hidrolizada como dipéptidos y oligopépticos, carbohidratos como oligosacáridos y monosacáridos y un porcentaje de grasa como triglicéridos de cadena media (TCM). Reducen la necesidad de digestión en vivo y están indicadas en pacientes con malabsorción grave y yeyunostomías. Poseen alta osmolaridad.

Formulas especiales: Son productos diseñados para tratar enfermedades o deficiencias metabólicas específicas. Entre ellas se encuentra formulas para enfermedades metabólicas, insuficiencia hepática, renal, pacientes críticos, inmunodeficiencias

Formulas para nutrición enteral en lactantes

- Formulas para prematuros o leche materna
- Formulas 1 (0 a 6 meses) o leche materna
- Formulas 2 (6 a 12 meses) o leche materna
- Formula polimérica pediátrica (1 a 10 años)
- Mayores de 10 años: formula completa polimérica adultos

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
|  | GUÍA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PEDIATRÍA | | CODIGO 03-FT- 0001 |  |
| | TIPO DE DOCUMENTO | ÁREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO | VERSIÓN 1 | |
| | | | FECHA DE VIGENCIA 19-01-2018 | |

11. BIBLIOGRAFÍA

- Rafael Mora, Soporte Nutricional Especial 3ª Edición Editorial Panamericana 2002
- J.Vera_Chamorro Guías de Gastrohepatología y Nutrición pediátrica basadas en la Evidencia. 2006 Editorial Distribuna.
- A.S.P.E.N. The ASPEN nutrition support practice manual. Section II. pp. 3.1-6.20,1998
- FELANPE. Manual del programa TNT. Capítulo 13, pp. :189-214,1997
- Junta Directiva de A.S.P.E.N. Guías para la administración de nutrición parenteral y Enteral en adultos y pacientes pediátricos. JPEN 17(4), 1993. traducido en lecturas sobre nutrición (ACNC), suplemento, pp. :16s-17s,1994.
- Kudsk K; Croce M, et al. Enteral versus parenteral feeding: effects on septic morbidity after blunt and penetrating abdominal trauma. Ann Surg 215(5): 503-513,1992
- Moore F, Feliciano D, et al. Early enteral feeding compared with parenteral, reduces postoperative septic complications. Ann Surg 216(2): 172-183,1992
- Valencia A, Gómez G & Rugeles S. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Soporte nutricional. Proyecto ISS-ASCOFAME, 1998.
<http://www.ascofame.org.co/Fguíasmbbe.htm>.
- A.S.P.E.N. Vol. 26, No 1, supplement, Nutrition Assesment_ Pediatrics. Enero-Febrero del 2002.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Elaboró: Claudia Sanín | Revisó: Alejandro Arias | Aprobó: Carolina Pérez |
| Cargo: Nutricionista Clínica | Cargo: Director Medico | Cargo: Gerente |
| Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 | Fecha: Enero del 2018 |