› Internación › Unidad Cuidado Intermedio NEONATAL

Editar | Administrar

Documento específico

Ficha técnica	
Código	GM06
Origen	Interno
Emisor	Hospital Cardiovascular de Cundinamarca S.A
Clase	Guía Médica
Fecha	2021-01-01
Archivos (2)	 F23 GC RELATORÍA REUNIÓN DE EXPERTOS RN PREMATURO.pdf 238.56 KB  GPC RECIÉN NACIDO PREMATURO.pdf 3.84 MB
Estado	Vigente: 1.0

RECIÉN NACIDO PREMATURO

COLCIENCIAS | MinSalud | PROSPERIDAD PARA TODOS

Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2013 - Guía No. 04

Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

cinets ALIANZA

TIPO DE DOCUMENTO	Área o proceso que lo genera:		
FORMATO	GARANTÍA DE LA CALIDAD		
NOMBRE	Código	Versión	Paginado
RELATORÍA REUNIÓN DE EXPERTOS RECOMENDACIONES	F23 GC	01	1 de 11

GUÍA: GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA RECIÉN NACIDO PREMATURO.

RECOMENDACIONES:

1. La probabilidad de supervivencia y la calidad de vida de los prematuros extremos (por debajo de la semana 26 de gestación) son muy bajas. Se recomienda explicar a la familia el pronóstico en estos partos muy inmaduros y discutir si se administra o no corticoides antenatales.
2. En el paciente prematuro de 32 o menos semanas de edad gestacional, se sugiere iniciar la presión positiva con FIO2 del 30% y titular según oximetría.
3. En el prematuro entre 33 y 36 semanas de edad gestacional se sugiere iniciar con un FIO2 entre 21 y 30%.
4. Se recomienda NO usar el método de Capurro para la estimación de la edad gestacional al nacer, ya que no ha sido sometido a una evaluación apropiada de validez y precisión, no incluye prematuros muy inmaduros y no permite hacer comparaciones internacionales.
5. En los prematuros en quienes no se indique inicio temprano y aporte suficiente de alimentación enteral u oral, se sugiere iniciar dentro de las primeras 24 horas de vida, un esquema agresivo de nutrición parenteral: aporte elevado de proteínas y lípidos y suficientes carbohidratos. Esta conducta puede acortar el tiempo necesario para llegar al periodo de crecimiento estable sin incrementar riesgos.
6. Se recomienda que en los neonatos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g) o muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación) se inicie de manera temprana una alimentación enteral trófica con calostro de la madre. Hay evidencia de que la alimentación enteral trófica no incrementa riesgos y complicaciones, y es muy probable que la administración de calostro tenga efectos beneficiosos.
7. El recién nacido prematuro sano cercano al término (con peso mayor de 1500 g al nacer) DEBE iniciar lactancia materna tan pronto como sea posible.
8. En el recién nacido prematuro en quien ya se completa la fase de alimentación trófica (primeros 3 a 5 días), se recomienda hacer una progresión rápida de la alimentación enteral (25-30 cc/Kg/d) para alcanzar más rápidamente una alimentación enteral completa sin incrementar problemas de tolerancia ni el riesgo de enterocolitis necrosante. La evidencia en los menores de 1200 g es insuficiente, por lo que en este subgrupo se recomienda hacer incrementos moderados (15-20 ml/Kg/día).

PR01 GC