



Nutrición neonatal

Interna Javiera Molina Pardo
Dr. Flores
Internado pediatría - Neonatología
Agosto 2026

Importancia de la nutrición neonatal

La nutrición en el periodo neonatal es el factor determinante más crítico para el crecimiento y desarrollo a largo plazo.

- La ***lactancia materna es el estándar de oro***, proporcionando nutrientes, inmunoglobulinas y factores de crecimiento esenciales.
- Asegura la estabilidad fisiológica y mejora el desarrollo intelectual y cognitivo del lactante.
- Objetivo: Lograr un crecimiento óptimo respetando la inmadurez digestiva, metabólica y renal, evitando la desnutrición postnatal inmediata y complicaciones como hipoglicemia e ictericia.



Evaluación nutricional



Antropometría

Peso

- Medición diaria los primeros ddv.
- Dependiente de BH.

Metas de incremento:

- **< 31 sem** → 18 g/día.
- **32-36 sem** → 15 g/día.
- **RNT** → 20-30 g/día.



Talla

- Indicador de tamaño corporal (refleja masa magra).
- No es influenciada por el BH.

Meta de incremento:

- **1 cm/semanal.**



Circunferencia craneana

- Marcador indirecto de crecimiento cerebral.
- Uso de cinta métrica inextensible (glabella - occipucio).

Meta de incremento:

- **Semanal** → 0,8 cm.
- **0-3 M** → 2 cm/mes.
- **3-6 M** → 1 cm/mes.
- **6-12 M** → 0,5 cm/mes.



Pérdida de peso fisiológica | Recuperación de peso

- **1-5 ddv** → 5-10%
- **RNPT extremo:** 10-15%
- **RNT** → 5-7 días
- **1500 - 2000 g** → 6-10 días
- **< 1000 g** → 8-12 días

Curvas de crecimiento

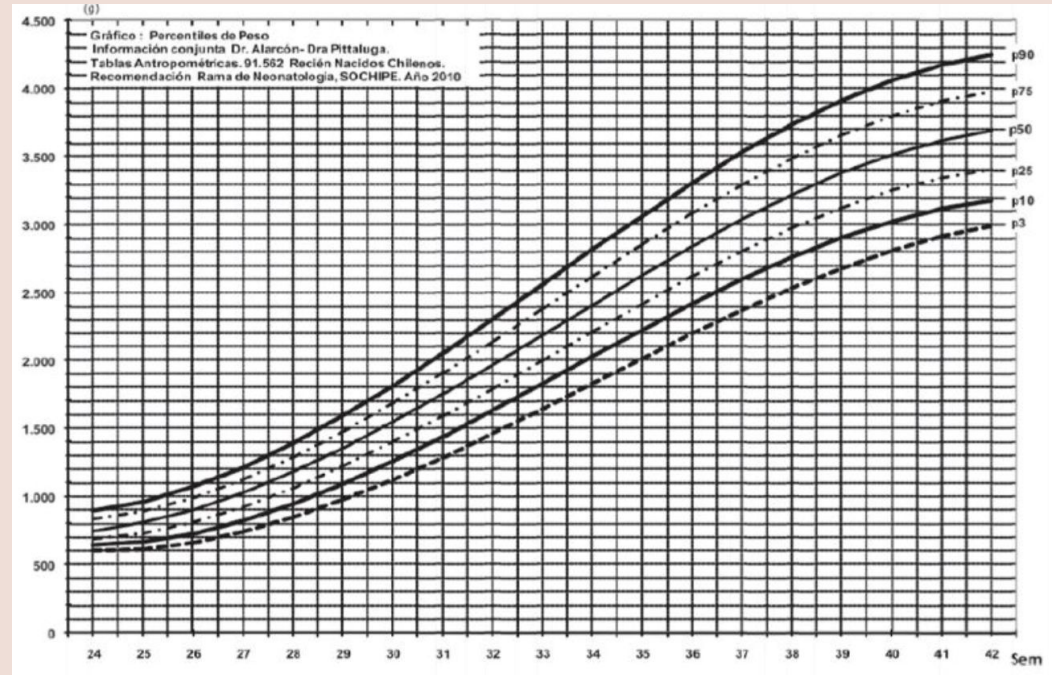
Alarcón-Pittaluga

- **EG: 24-42 semanas.**

- Evaluación de RN chilenos según EG.
- Adecuada sensibilidad en la pesquisa de la población de riesgo de morbilidad infantil.

Clasifica al RN al momento de nacer:

- **PEG:** <P10.
- **AEG:** Entre P10 y P90.
- **GEG:** >P90.



Curvas de crecimiento

OMS

- **40 semanas (RNT) a 5 años**

- **Crecimiento óptimo:** Uso de curvas OMS 2006 para PEG, AEG y GEG basándose en LM como estándar de oro.
- Se enfatiza el **seguimiento de la velocidad de crecimiento por sobre mediciones aisladas.**

Parámetros clave:

- **P/E:** Menores de 1 año.
- **P/T:** Mayores de 1 año o menores de 1 año con P/T +1 o +2 DE.
- **T/E:** Indicador clave de **cronicidad**.



PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD (P/E) EN NIÑAS CON SÍNDROME DE DOWN DE 0 A 36 MESES

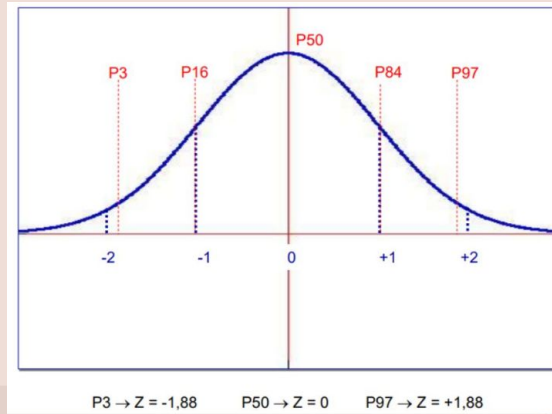
Z- score

- Cantidad de DE entre la medición de una variable antropométrica (peso, talla, cc) en unidades convenciones (g y cm) por sobre o debajo de la mediana (p 50).
- **Permite categorizar el estado nutricional y de crecimiento de manera mucho más precisa que los percentiles, especialmente en los extremos de las curvas.**

¿Cómo calcularlo?

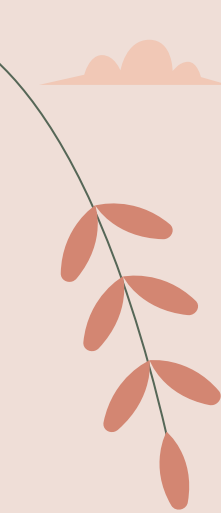
$$Z = \frac{(\text{peso actual} - p50)}{DS}$$

Normal: -1 a + 1



Z- score

Z-score	Clasificación nutricional / Crecimiento	Equivalencia aproximada en percentiles
> +2	Obesidad/ Talla alta /Macrocefalia	> P 97,7
Entre +1 y +2	Sobrepeso /Talla normal alta	Entre P 84 y 97,7
Entre -1 y +1	Eutrófico /Normal	Entre P 16 y 84
Entre -1 y -2	Riesgo de desnutrición /Talla normal baja	Entre P 3 y 16
< -2	Desnutrición moderada/ Talla baja/ Microcefalia	< P 3
< -3	Desnutrición severa/ Retraso severo del crecimiento	< P 0,1



Requerimientos nutricionales



Requerimientos hídricos

<i>Día</i>	<i>RNT</i>	<i>RNPT</i>
<i>1</i>	60 ml/kg	60-80 ml/kg
<i>2</i>	80 ml/kg	80-100 ml/kg
<i>3</i>	100 ml/kg	100-120 ml/kg
<i>4</i>	100-120 ml/kg	110-130 ml/kg
<i>5</i>	120-140 ml/kg	120-150 ml/kg
<i>6</i>	130-150 ml/kg	130-160 ml/kg
<i>7</i>	140-160 ml/kg	140-170 ml/kg
<i>8+</i>	150-180 ml/kg	150-200 ml/kg

Requerimientos nutricionales

TABLA N° 6. RECOMENDACIONES DE ENERGÍA Y MACRONUTRIENTES EN RNT Y RNPT SEGÚN ETAPA DE ADAPTACIÓN, ESTABILIZACIÓN Y DE CRECIMIENTO

NUTRIENTES	ETAPA	<1000G	1000-1500G	RNT
ENERGÍA (Cal/kg/d)	Día 1	30-40	40-50	70-90
	Adaptación	75-85	60-70	
	Crecimiento	90-100	90-100	
PROTEÍNAS (g/kg/d)	Día 1	2	2	1,5-3
	Adaptación	3,5	3	
	Crecimiento	4	3,5	
HIDRATOS DE CARBONO (g/kg/d)	Día 1	6	6	7-14
	Adaptación	8-15	5	
	Crecimiento	10-17	10-15	
LÍPIDOS (g/kg/d)	Día 1	1	1	<4
	Adaptación	1-3	1-3	
	Crecimiento	3-3,5	3-3,5	

TABLA N°7. REQUERIMIENTO DIARIO DE MICRONUTRIENTES Y ELECTROLITOS EN NEONATOS.

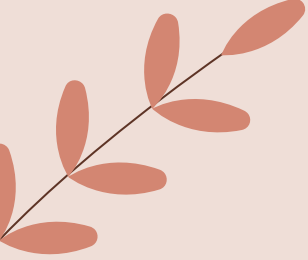
NUTRIENTE	ETAPA	<1000	1000-1500 G	RNT
SODIO (mEq/kg/d)	Día 1	0-1	0-1	2-3
	Adaptación	2-5	2-5	
	Crecimiento	3-7	3-7	
POTASIO (mEq/kg/d)	Día 1	0	0	2
	Adaptación	0-2	0-2	
	Crecimiento	2-3	2-3	
CLORO (mEq/kg/d)	Día 1	0-1	0-1	<6
	Adaptación	2-5	2-5	
	Crecimiento	3-7	3-7	
CALCIO (mg/kg/d)	Día 1	20-40	20-40	30-60
	Adaptación	60	60	
	Crecimiento	60-80	60-80	
FÓSFORO (mg/kg/d)	Día 1	—	—	20-40
	Adaptación	45-60	45-60	
	Crecimiento	45-60	45-60	
MAGNESIO (mg/kg/d)	Día 1	0	0	3-5
	Adaptación	4-7	4-7	
	Crecimiento	4-7	4-7	
ZINC (g/kg/d)	Día 1	0	0	250
	Adaptación	150	150	
	Crecimiento	400	400	

TABLA N°8. REQUERIMIENTO DIARIO DE MICRONUTRIENTES Y ELECTROLITOS EN PEDIATRÍA.

EDAD	CALCIO mEq/kg	FOSFATO mEq/kg	MAGNESIO mEq/kg	ZINC µg/kg	SODIO mEq/kg	POTASIO mEq/kg
RNPT	2-4,5	2,6-4	0,25-0,6	450-500	3-5	1-2
RNT	2-3	2-3	0,25-0,5	250	2-3	1-3
0-6 meses	1,6	0,5	0,2	100-250	2-3	1-3
7-12 meses	1	0,5	0,2	100	2-3	1-3
1-13 años	0,6	0,2	0,1	50	2-3	1-3
14-18 años	0,4	0,2	0,1	50	2-3	1-3

Vías de administración





Nutrición oral



≥ 34 semanas → Coordinación succión-deglución.

Lactancia materna

Gold standard en alimentación (LMLD)

- **Calostro (1-5 ddv):** Volumen pequeño pero alta densidad. Rico en proteínas, minerales y células inmunológicas.
- **Leche de transición (6-15 ddv):** Mayor volumen. Mayor cantidad de grasas y carbohidratos (calorías).
- **Leche madura (> 15 ddv):** Agua (88%), proteínas y lípidos.

Fórmula láctea

Indicado ante contraindicaciones o LM insuficiente.

- **RNPT:** Requieren fórmulas con mayor densidad calórica.

Alimentación mixta

- **Indicación:** Hipoglicemia o deshidratación.
- Se sugiere retirar lo antes posible para volver a LME.

Beneficios lactancia materna



- Protección inmune (LM contiene inmunoglobulinas, citoquinas, lactoferrina, oligosacáridos).
- Estabilidad fisiológica (menor alteración de FC, FR, mejor oxigenación, menos incidencia de apneas).
- Principal factor protector de: Enterocolitis necrotizante, sepsis neonatal, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro.
- Menos infecciones agudas, enfermedades crónicas (diabetes, HTA, enfermedad celiaca, linfoma), enfermedades atópicas y riesgo de muerte.
- Mejor desarrollo intelectual-cognitivo y relaciones de apego seguro.

Técnica de acople

- RN cómodo frente al pecho con la boca bien abierta → Procurar que abarque el pezón y parte de la areola.
- Succión (estímulo) → liberación de oxitocina → eyección de leche.
- **Acople incorrecto** → Causar dolor, grietas y retención de leche al inhibir el reflejo de eyección.



Contraindicaciones lactancia materna

- Madre portadora de VIH / Virus linfotrófico humano (HTLV).
- RN con galactosemia.
- Madre en tratamiento con citotóxicos, radiofármacos, antitiroideos, litio, psicotrópicos.
- TBC activa.
- Hepatitis B (sin RN no recibió vacuna), hepatitis C, CMV (muy prematuros serotipo (-) al nacimiento).
- Consumo de sustancias.

Cuadro 1-2. Contraindicación del seno en madres recibiendo medicamentos. 33-47

MEDICAMENTOS/DROGAS EN LA LECHE MATERNA	
<i>Medicamentos que se deben evitar por posibles efectos adversos</i>	<i>Se deben tomar precauciones si hay síntomas en el recién nacido</i>
Agentes radioactivos	Agentes narcóticos
Alucinógenos (Incluyendo Extasis)	Anfetaminas
Acebutolol	Anticonceptivos orales
Alcaloides del cornezuolo de centeno	Atropina
Amiodarona	Barbitúricos y benzodiazepinas
Antineoplásicos	Cafeína
Antipsicóticos	Cimetidina
Antitiroideos	Codeína
Aspirina	Desoxipropoxifeno
Atenolol	Difenilhidantoína
Clemastina	Diuréticos
Clofazimina	Esteroides
Cloranfenicol	Etanol
Clorpromazina	Isoniazida
Cocaína	Medicamentos antimaláricos
Diazepam	Meprobamato
Ergotamina	Metadona
Haloperidol	Nicotina
Heroína	Salicilatos
Isotretinoína	Sulfonamidas
Lamotrigina	
Litio	
Mariguana	
Metroclorpramida	
Metronidazol oral	
Oro	
Sulfasalazina	
Tetraciclina	



Nutrición enteral (NE)

- **Administración de nutrientes directamente al tracto digestivo** para promover la maduración enzimática y motora del intestino neonatal.
- **Más fisiológico** → Permitir que el alimento llegue al estómago y siga el proceso de digestión y absorción normal.
- **Criterio de inicio: Estabilidad hemodinámica** → Requiere un flujo sanguíneo mesentérico preservado para evitar isquemia intestinal.

Gavage (NE intermitente)

- Bolos con jeringa a través de SNG utilizando fuerza de gravedad (cada 2-3 hrs).
- **Indicación:** RNPT <35 sem sin succión eficaz, SDR leve.
- **Ventajas:** Imita patrón normal de alimentación (cada 3 hrs), liberación cíclica de hormonas gastrointestinales.
- **Desventajas:** Modifica el cociente circulatorio, esplácnico y cerebral, el patrón respiratorio y el volumen pulmonar (por distensión gástrica más abrupta en comparación con gastroclisis).

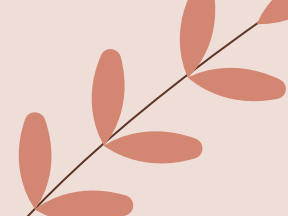
Gastroclisis (NE continua)

- Infusión continua por SNG mediante bomba de infusión a velocidad constante.
- **Indicación:** Fracaso por gavage (intolerancia), DBP (menor trabajo respiratorio), cardiopatías (disminuye GC y minimiza fatiga en IC).
- **Ventajas:** Disminuye el gasto energético al evitar la fatiga respiratoria y minimizar problemas ventilatorios al no comprometer la excursión diafragmática por distensión gástrica brusca (al ser volumen constante).

Nutrición enteral

COMPARATIVO DE UBICACIÓN DE LA Sonda: TRANSPILÓRICA vs. GÁSTRICA

CRITERIO	TRANSPILÓRICA	GÁSTRICA
VISUALIZACIÓN	Sonda Transpilórica (naso-duodenal o nasoyeyunal) 	Sonda Gástrica (nasogástrica) 
VENTAJAS	✓ Menor riesgo de reflujo gastroesofágico. ✓ Menor riesgo de broncoaspiración. ✓ Mejor tolerancia en casos de vaciamiento gástrico lento.	✓ Más fácil de instalar. ✓ Permite alimentación por bolos (gavage) o continua (gastroclisis). ✓ Aprovecha la función de reservorio del estómago.
DESVENTAJAS	✗ Instalación más compleja. ✗ Requiere confirmar posición (generalmente con radiografía). ✗ No sirve como reservorio. ✗ Alimentación generalmente solo continua (gastroclisis). ✗ Mayor riesgo de desplazamiento de la sonda.	✗ Mayor riesgo de reflujo gastroesofágico. ✗ Mayor riesgo de aspiración. ✗ Puede producir distensión gástrica.
¿CUÁNDO SE USA?	Se usa en situaciones específicas como: • Reflujo gastroesofágico grave con riesgo de aspiración. • Broncoaspiraciones recurrentes. • Intolerancia persistente a la alimentación gástrica. • Algunos pacientes con enfermedad respiratoria grave (ej. DBP) que no toleran alimentación gástrica.	Es la vía enteral de elección en la mayoría de los recién nacidos. Se utiliza cuando el paciente tolera la alimentación por el estómago y no existe riesgo elevado de reflujo o aspiración.



Monitorización de la tolerancia



Criterios de evaluación:

- **Residuos gástricos** → Habituales en los primeros días (alimentarios o mucosos), por lo que **no se recomienda medir de manera rutinaria**.

Criterios de vigilancia:

- **Vómitos repetidos** (intolerancia grave).
- **Distensión abdominal** (sospecha de ECN).
- **Cambio en el patrón habitual de residuos gástricos** (si se mide).

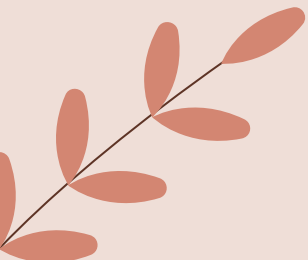
Criterios de suspensión inmediata:

- **Residuos biliosos o hemáticos:** RG de aspecto porráceo, verde o sanguinolento.
- **Sangre en deposiciones:** Macro o microscópica (rectorragia o melena).

Romero-Lopez & Salas, 2026

Contraindicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica o metabólica.
 - Distress respiratorio severo.
 - Patología CV severa.
 - DAP hemodinámicamente significativo.
 - Sospecha de ECN.
 - Asfixia severa.
 - RN PEG severo.
 - Sepsis sospecha o confirmación.
 - Obstrucción intestinal.
- 



Nutrición parenteral (NPE)



- Aporte de macro y micronutrientes **directamente al torrente sanguíneo**, evitando el paso por el tracto digestivo inmaduro o comprometido.
- **Indicaciones:** RNT o RNPT hospitalizado que no puede alimentarse por VO en forma parcial o completa al menos 5 días (RNT) o 3 días (RNPT), RN con anomalía congénita o patología grave con imposibilidad de alimentarse al menos 3-5 días, RNMBPN (<1500 g) desde nacimiento, RN entre 1000-1500 g entre 1-2 ddv, RN con anomalía gastrointestinal (atresia intestinal o esofágica, hernia diafragmática, vólvulo intestinal).

Vía periférica

- **Tiempo:** Corto plazo (<7-10 días).
- **Límite:** Osmolaridad < 900 mOsm/L, SG < 12,5%.
- **Ventajas:** Inserción rápida, bajo riesgo de sepsis.

Vía central

CVC, umbilical, PICC.

- **Tiempo:** Prolongado (>10 días).
- **Osmolaridad:** > 900 mOsm/L.
- **Ventajas:** SG > 12,5%.



Transición de NPT a NE

- La transición temprana a alimentación enteral es ***fundamental para iniciar la estimulación trófica del intestino y minimizar el riesgo de infección*** de los accesos centrales o periféricos.
- ***A medida que aumenta la tolerancia gástrica, disminuye la nutrición parenteral, suspendiéndose cuando el aporte enteral es $\geq 100-120$ ml/kg/día.***
- ***Periodo de vulnerabilidad nutricional*** → No se cubren al 100% los requerimientos nutricionales. → Tener atención a la entrega diaria de nutrientes durante este periodo.



Alimentación RNT hospitalizado

Sin factores de riesgo:

- LM o fórmula para lactantes <6 M.
- 1 ddv → 60-80 cc/kg/día.
- Aumentar 20 cc/kg/día hasta alcanzar 140-160 cc/kg/día.

Con factores de riesgo:

- Régimen cero por 24-48 hrs según patología.
- Iniciar LM o fórmula a 20 cc/kg/día.
- Aumentar a igual volumen.

Progresión rápida de volumen con LM (30-40 cc/kg/día) para reducir el tiempo en alcanzar la nutrición enteral completa, disminuyendo los días de NPE, lo que reduce el riesgo de sepsis, sin incrementar el riesgo de ECN.

No se puede realizar con fórmula ya que presenta mayor osmolaridad (Mayor riesgo de ECN).

Romero-Lopez & Salas, 2026

Factores de riesgo

- Asfixia moderada/severa.
- Cardiopatía grave.
- PEG severo.
- Poliglobulia.
- Necesidad de DVA.
- Doppler fetal alterado.
- Sospecha de ECN.



Casos especiales

Hipotermia terapéutica (encefalopatía hipóxico-isquémica) → Aporte nutricional enteral con volúmenes tróficos (bajos) durante la fase de enfriamiento genera alcance de volúmenes completos por vía enteral más rápido, con estancias hospitalarias más cortas, sin mayor riesgo de ECN.

Romero-Lopez & Salas, 2026

Cardiopatía congénita → En pacientes hemodinámicamente estables la alimentación trófica con LM a 10-20 ml/kg/día pre y postoperatoria es segura.

Romero-Lopez & Salas, 2026

Enterocolitis necrotizante → Alimentación enteral temprana no incrementa riesgo de ECN. Avance rápido de alimentación (30-40 ml/kg/día). Mientras que los ayunos prolongados y los avances excesivamente lentos aumentan el riesgo de infecciones (por tener más tiempo accesos venosos).

Chetta & Good, 2026

Manejo post quirúrgico (ECN o cirugía intestinal) → Reiniciar la vía enteral temprana (dentro de los 5-7 días post quirúrgicos) se asocia con un menor riesgo de ECN recurrente y formación de estenosis, además de reducir la colestasia asociada a falla intestinal.

Romero-Lopez & Salas, 2026

APLV



- Alergia alimentaria más frecuente durante el primer año de vida (2-6%).
- Manifestaciones ***gastrointestinales, respiratorias o en piel*** (vómitos o reflujo postprandial, cambio en deposiciones (diarrea con sangre), cólicos abdominales, rinorrea, irritabilidad, dermatitis).
- **PNAC APLV:** Todos los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca confirmado

Lactancia materna

- Madre debe realizar dieta de exclusión estricta de proteína de leche de vaca y sus derivados + suplementación de calcio y vitamina D.



Fórmula extensamente hidrolizada (FEH)

- Las proteínas lácteas son fragmentadas en péptidos que no pueden ser reconocidos por el sistema inmune.
- **APLV leve a moderada.**
- Ej: Nutrilon pepti junior (NPJ), Althera.

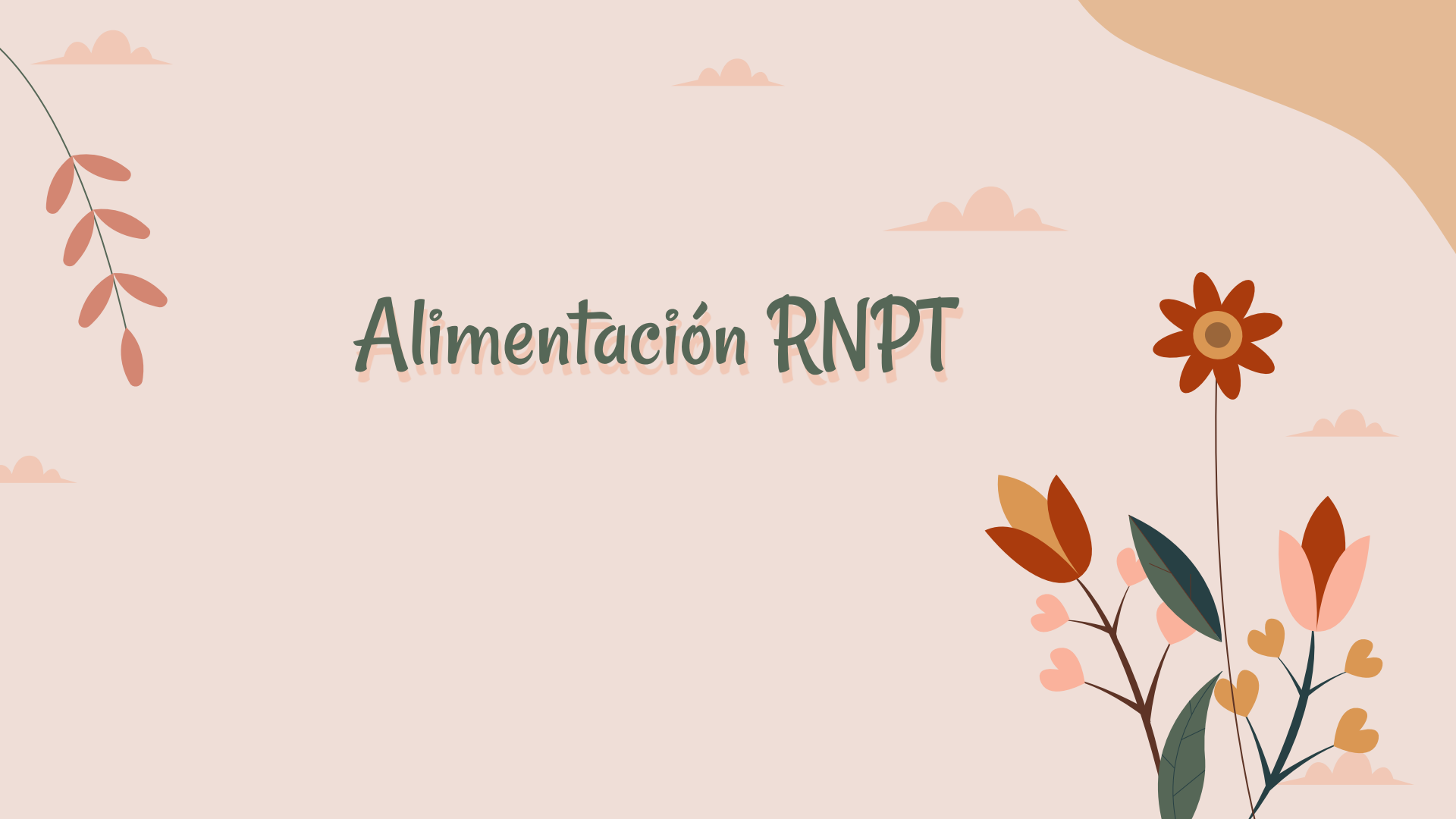


Fórmula aminoacídica

- En base a aminoácidos.
- **APLV severa** (compromiso crecimiento, enteropatía severa, anafilaxia) o **RN que no toleren o mejoran tras 2-4 semanas con FEH.**
- Ej. Neocate, Alfamino.



Alimentación RNPT





El tracto digestivo del RNPT



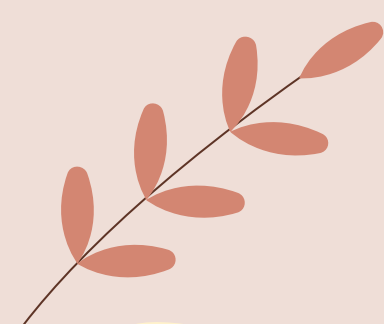
Maduración intestinal óptima: 33-34 semanas de edad gestacional → Previamente posee una actividad enzimática insuficiente, secreción hormonal inadecuada y permeabilidad de la barrera mucosa aumentada.

Inmadurez mecánica y motora

- **Coordinación succión-deglución deficiente:** <34 sem → Impide la alimentación oral segura.
- **Reflejo tusígeno ausente o débil:** Alto riesgo de neumonía por aspiración.
- **Esfínter GE incompetente:** Predisposición del reflujo patológico.
- **Hipomotilidad global:** Retraso del vaciamiento gástrico y disminución del tránsito intestinal.
- **Incompetencia esfinteriana baja:** Válvula ileocecal y reflejo recto-esfinteriano disminuidos.

Inmadurez química y de barrera

- **Malabsorción lipídica luminal:** Por déficit severo de sales biliares y lipasa pancreática.
- **Malabsorción de lactosa:** ↓ Lactasa basal activa. Con niveles aceptables de sacarasa y maltasa.
- **Digestión proteica incompleta:** ↓ Proteasas y peptidasas endoteliales, provocando pérdida calórico-proteica en deposiciones.
- **Permeabilidad aumentada:** Mucosa laxa con uniones celulares permeables, facilitando la translocación bacteriana (sustrato para ECN).



Alimentación del RNPT



RNPT < 1000 g

- **Inicio trófico:** Entre las 24-48 hrs de vida (si no hay contraindicaciones).
- **Volumen inicial:** 10 cc/kg/día fraccionado cada 2-3 hrs.
- **Incremento:** Cauteloso de 10 cc/kg/día hasta alcanzar la meta de 150 cc/kg/día.

RNPT 1000-1500 g

- **Inicio precoz:** Entre las 12-24 hrs de vida por SNG.
- **Volumen inicial:** 20 cc/kg/día fraccionado cada 3 hrs.
- **Incremento:** 10-20 cc/kg/día hasta alcanzar 150 cc/kg/día a los 10 días.

RNPT 1500-2000 g

- **Inicio precoz:** Entre las 6-8 hrs de vida por SNG.
 - **Volumen inicial:** 30-40 cc/kg/día fraccionado cada 3 hrs.
 - **Incremento:** 20-30 cc/kg/día hasta alcanzar meta 150-160 cc/kg/día al día 6-7.
- 

Alimentación del RNPT

Inicio de LM al 1° ddv → Da integridad funcional y estructural al tracto gastrointestinal, además de estimular la lactasa y mejorar la absorción de nutrientes.

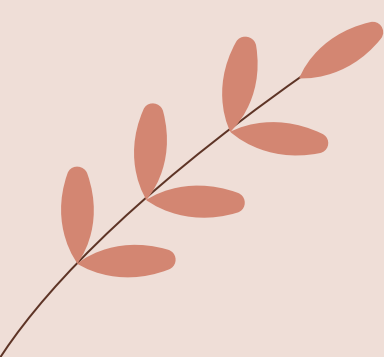
Usar **fortificante** desde los **80-100 cc/kg/día de volumen**, inicialmente a la mitad y luego de 2-3 días subir a la máxima concentración para aportar la cantidad suficiente de proteínas, energía, calcio, fósforo y micronutrientes.

Se debe ajustar la fortificación según análisis de LM o la respuesta metabólica, monitoreando el **nitrógeno uréico (objetivo: 9-15 mg)** (marcador indirecto de aporte adecuado o inadecuado de proteínas)

La **fortificación temprana** (iniciada con volúmenes de 30-50 cc/kg/día) **es segura y no aumenta la incidencia de enterocolitis necrotizante.**

Zhang et al, 2026





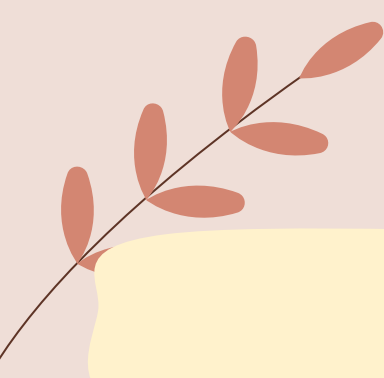
F3: Fórmula para prematuros



Alternativa ante la ausencia o insuficiencia de LM.

- **Mayor densidad energética (80 cal en 100 ml):** Para soportar el crecimiento acelerado.
- **Optimización de carbohidratos:** Mayor lactosa (40-50%) y adición de polímeros de glucosa/maltodextrina.
- **Perfil proteico superior:** Predominio de albúmina con taurina, colina, inositol y carnitina.
- **Desarrollo cognitivo y visual:** TGC de cadena media (50%) y ác. grasos poliinsaturados.
- **Riqueza de micronutrientes:** Alta concentración de vitaminas y minerales esenciales para la mineralización ósea (Ca y P).





Fórmulas especiales



Fórmula de inicio para prematuros con proteína hidrolizada

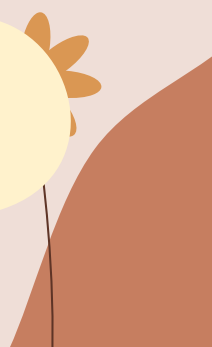
Mejora la tolerancia enteral.

Fórmula para prematuros con aporte aumentado de calcio, fósforo, proteínas y aporte calórico

Prematuros con necesidades calóricas específicas.

Fórmula “de continuación” para prematuros

Niveles intermedios entre fórmula de término y de prematuros. Su uso en el primer año potencia el crecimiento longitudinal, circunferencia craneana y mineralización ósea.



Conclusión



- La nutrición neonatal constituye uno de los pilares fundamentales para la supervivencia, el crecimiento y el neurodesarrollo del recién nacido.
- **Lactancia materna el gold standard**, sin embargo, la estrategia nutricional debe ser individualizada según la edad gestacional, el peso al nacer y las condiciones clínicas de cada paciente.
- Una evaluación nutricional continua, el uso adecuado de las curvas de crecimiento y la selección oportuna de la vía de alimentación permiten prevenir complicaciones y favorecer un crecimiento óptimo.



Referencias

- Ministerio de Salud. (2016). Orientación técnica para la atención del recién nacido en la unidad de puerperio. Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/12/ORIENTACI%C3%93N-T%C3%89CNICA-PAR-A-LA-ATENCI%C3%93N-DEL-RN-EN-LA-UNIDAD-DE-PUERPERIO.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento a 19 años. Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/07/Patrones-de-Crecimiento-para-la-Evaluaci%C3%B3n-Nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-adolescentes-desde-el-nacimiento-a-19-a%C3%B1os.pdf>
- Unidad de Neonatología, Hospital de Puerto Montt. Nutrición parenteral neonatal: Guía técnica clínica. NeoPuertoMontt.
http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Nutricion_Parenteral_Guia_Tecnica.pdf
- Ministerio de salud (2022). Norma técnica para evaluación nutricional síndrome de down.
http://www.neopuertomontt.com/GuiasProtocolos/Evaluacion_Nutricional_SDown.pdf
- Alarcón, J., & Pittaluga, E. (2010). Tabla de peso, promedio, desviación estándar y percentiles ajustados de recién nacidos chilenos. Rama de Neonatología; Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE).
<http://www.neopuertomontt.com/NutricionPt/CurvasTablas%20Nutricionales/CurvasAlarconPittaluga.pdf>

Referencias

- González, F. Evaluación Nutricional Z-Score. Prematuro.cl. Recuperado el 12 de junio de 2026, de https://prematuro.cl/subespecialidadesneonatales/Nutricion/Evaluacion_Nutricional_Z_Score.pdf
- Romero-Lopez, M., & Salas, A. A. (2026). Enteral nutrition in neonates: current evidence from clinical trials and evolving strategies. *Seminars In Perinatology*, 50(4), 152236. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2026.152236>
- Zhang, S. Q., Moya, F. R., & Taylor, S. N. (2026). Fortifying the future: updates in knowledge and practice principles of human milk fortification. *Seminars In Perinatology*, 50(4), 152247. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2026.152247>
- Chetta, K. E., & Good, M. (2026). The complex interaction of enteral feeding in the pathogenesis of necrotizing enterocolitis. *Seminars in Perinatology*, 50(4), Artículo 152230. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2026.152230>