

Enterale Ernährung auf NICU / Neonatologie

Inhalt

Enterale Ernährung auf NICU / Neonatologie	1
1 Auswahl der Nahrung bei Aufnahme	2
2 Nahrungsaufbau und Anreicherung	2
2.1 Ernährungsbeginn / trophische Ernährung	2
2.2 Nahrungsaufbau	2
2.3 Anreicherung von MM/FM mit FM85 / FMS bei Frühgeborenen mit GG <2000g	3
2.4 Ablauf nach abgeschlossenem Nahrungsaufbau	3
3 Umgang mit Magenrest	4
4 Milchanreicherung	5
5 Laborüberwachung bei Anreicherung und Supplementierung	5
6 Ablauf bis zur Entlassung	6
6.1 Semidemand Feeding	6
6.2 Wunschkost und Entlassung	6
6.3 Ernährung bei Entlassungsgewicht P<10	7
6.4 Kriterien für bestandene Wunschkostversuch und Entlassung	8
7 Vitamin D- und Eisensubstitution	9
8 Übersicht Milchwahl	9
9 Übersicht Zusammensetzung Milchsorten ohne/mit Anreicherung	10

Redaktionelle Verantwortung: Dr. M. Fontana, Neonatologie	Gültig ab: 25.01.2023
Datei: Enterale Ernährung auf Neonatologie 2024.07_.docx	Seite: 1 von 11

1 Auswahl der Nahrung bei Aufnahme

Die Ernährung wird bei der Aufnahme je nach Geburtsgewicht gewählt:

Geburtsgewicht	1. Wahl	Bei Mangel an MM
<1500g	Muttermilch (MM)	Frauenmilch (FM)
1500-1999g	Muttermilch (MM)	Beba FGN1
>2000g	Muttermilch (MM)	Pre-Milch

HA-Milchen werden nur bei positiven Familienanamnese (Geschwister) und ausdrücklichen Wunsch der Eltern verabreicht.

2 Nahrungsaufbau und Anreicherung

2.1 Ernährungsbeginn / trophische Ernährung

Schon ab dem ersten Lebenstag sollte die enterale Ernährung begonnen werden, ausser es gibt Kontraindikationen (zB Fehlbildungen wie Ösophagusatresie, kongenitale Zwerchfellhernie, Gastroschisis). Die Menge hängt vom Geburtsgewicht ab. **Bei allen Frühgeborenen fangen wir mit 8 Mahlzeiten pro Tag** an.

Bei Extremfrühgeborenen beschränkt sich die Zufuhr in den ersten Lebenstagen oft auf eine **trophische Ernährung (10ml/kg/d)**, welche zur Erhaltung der intestinalen Schleimhautintegrität wichtig ist.

2.2 Nahrungsaufbau

Der Nahrungsaufbau erfolgt stufenweise je nach Toleranz, unter Berücksichtigung der Risikofaktoren.

Bei einem Geburtsgewicht <1250g: sobald die Tagesmenge von 20ml/d erreicht ist, wird von 8 Mahlzeiten auf **Dauersondierung** umgestellt. Bei guter klinischer Toleranz wird die Ernährung täglich um ca **20ml/kg** gesteigert.

Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht $\geq 1250g$ und Termingeborene erhalten **8 Mahlzeiten**

Bei guter Ernährungstoleranz und soll eine Steigerung von 25-30ml/kg/d angestrebt werden.

Spezielle Situationen:

- bei wachstumsretardierten Früh- und Termingeborenen (Geburtsgewicht <P10) soll die Steigerung nicht 20ml/kg/d überschreiten, da sie eine erhöhte Komplikationsgefahr haben.

- bei Risiko einer Perfusionsstörung des Darmes, wie bei hämodynamischer Instabilität (Sepsis, arterieller Hypotonie mit Katecholaminbedarf), kardialen Pathologien (vor allem relevanter PDA, Aortenisthmusstenose, Herzinsuffizienz), St. n. Asphyxie, unter therapeutischer Hypothermie, etc. sollte die Steigerung nur mit **grosser Vorsicht** erfolgen.

2.3 Anreicherung von MM/FM mit FM85 / FMS bei Frühgeborenen mit GG <2000g

Der Nährstoffbedarf von Frühgeborenen wird mit MM / FM allein nicht genügend gedeckt. Die Milch wird deshalb bei Frühgeborenen mit einem GG < 2000 g angereichert. Die Anreicherung erfolgt ab einer enteralen Gesamtfüssigkeit von 100ml/kg/d.

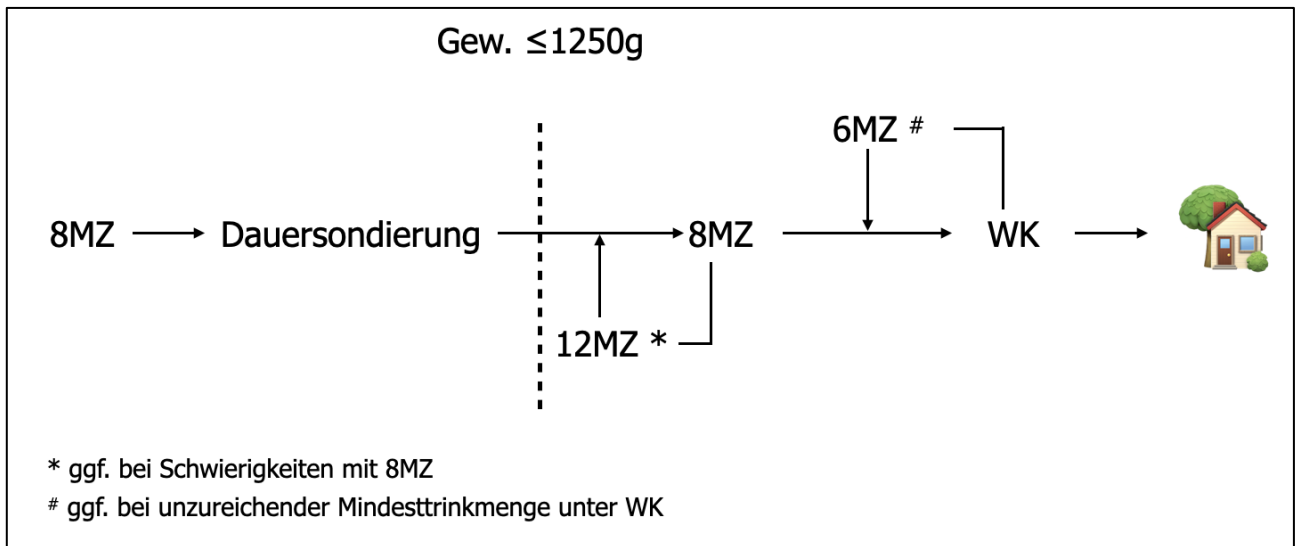
GG	Milch	1. LT	Steigerung pro Tag	Mahlzeiten	Anreicherung
<750g	MM/FM	8x 0.5-1ml	15-20ml/kg/d	ab einer Gesamtmenge von 20ml/Tag Dauersondierung 4 Mahlzeiten à 5h mit je 1h Pause (minimal 1ml/h für 5h)	Anreicherung von MM oder FM mit FM85 4% ab 100ml/kg/d
751-1000g		8x 1.5ml			
1001-1250g		8x 2ml			
1251-1500g		8x 3-4ml			
1501-2000g	MM/FGN1	8x 4-6ml	25-30ml/kg/d	8MZ weiter	u.U. Anreicherung mit Pre-Milch
>2000g	MM/Pre-Milch	8MZ 20-30ml/kg/d			

2.4 Ablauf nach abgeschlossenem Nahrungsaufbau

Sobald das Kind aufgebaut ist (150-170ml/kg/d) und Hunger zeigt, spätestens bei einem Gewicht von 1250g, kann die Umstellung auf 8 Mahlzeiten in Betracht gezogen werden.

Bei der Umstellung wird die Milch initial über 60 Minuten mit Perfusor verabreicht. Wenn die Ernährung somit gut toleriert wird, kann die Verabreichungszeit progressiv verkürzt werden.

Beim Auftreten von Komplikationen, wie Erbrechen, vermehrten Apnoen oder Bradykardien, kann die Sondierung über 90' erfolgen (in diesem Fall soll die Milch nicht vorgewärmt werden) oder kann eine vorübergehende Umstellung auf 12 Mahlzeiten in Betracht gezogen werden.



3 Umgang mit Magenrest

Häufig wird bei Frühgeborenen eine verzögerte Magenentleerung („Nahrungstoleranz“) beobachtet, welche sich durch vermehrte Magenreste zeigt. Es handelt sich dabei um eine Motilitätsstörung des unreifen Darmes, die sich in aller Regel schnell normalisiert. Angedaute Magenreste ohne weitere klinische Hinweise auf eine NEK sind meist harmlos und sollen nicht zu einer Verzögerung des Ernährungsaufbaues oder gar Nahrungskarenz führen.

Wir empfehlen **folgendes Vorgehen**:

- Lagekontrolle der Magensonde vor jeder Mahlzeit durch Aspiration
- MR-Bestimmung erst bei einer minimalen Ernährung von 8x2ml.
- Bei Dauersondierung erfolgt die MR-Bestimmung vor jeder MZ, bei 8MZ nur einmal/Schicht.
- Bei auffälligem Bauch und bei Zunahme der Abfälle wird das Kind ärztlich klinisch untersucht und MR vor jeder MZ bestimmt.

Ein **MR $>5\text{ml/kg}$ oder $>50\%$ der Mahlzeitmenge** bei 8MZ (nicht bei Dauersondierung) **ist auffällig**.

- Wenn Magenrest blutig (Assoziation mit NEK) oder gallig (Assoziation mit Passagestörung) ist, soll Info DA erfolgen.
- Wenn MR einmalig auffällig ist, bei unauffälliger klinischer Untersuchung, wird es zur Kenntnis genommen und die MR-Bestimmung erfolgt auch vor der folgenden Mahlzeit. Wenn MR wieder auffällig, dann Info DA.

Rückgabe von Magenrest

Zurückgegeben wird nur Magenrest, wenn er anverdaut oder milchig ist, nicht aber wenn blutig oder gallig.

- Wenn MR $<50\%$ der Mahlzeitmenge: alles wird zurückgegeben + volle neue Mahlzeit
- Wenn MR $>50\%$ der letzten Mahlzeitmenge: alles wird zurückgegeben + Ergänzung mit „frischer“ Milch bis auf die Menge der verordneten Menge.

4 Milchanreicherung

Bei FG < 34. SSW erfolgt die Anreicherung mit FM85, solange die Kinder sondiert sind. Dieses Produkt enthält eine ausgewogene Menge Kohlenhydrate, Eiweiße und Fette (u.a. Fischöl, welches von den Kindern häufig verweigert wird). Mit der Anreicherung wird auch die Zufuhr von Calcium und Phosphat optimiert.

Mit den ersten Trinkversuchen (korrigiert \geq 34. SSW) wird die Anreicherung auf FMS umgestellt, da dieses Produkt besser als FM85 getrunken wird.

Früh- und Neugeborene mit Geburtsgewicht 1500-2000g erhalten primär MM (welche nach abgeschlossenem Aufbau mit FM85 / FMS angereicht wird) und bei Bedarf Beba FGN1 (eine Formulamilch, welche mehr Eiweiße, Kohlenhydrate, Fett, Elektrolyte und Vitaminen als Säuglingsmilch enthält).

Die Anreicherung der Milch soll grundsätzlich bis zum Austritt erfolgen, wobei das Stillen nicht beeinflusst werden soll (nur die abgepumpte Milch anreichern).

Ab einem Geburtsgewicht von 2000g erhalten die Früh- und Neugeborenen zusätzlich zur MM auch Säuglingsmilch (Pre-Milch, unterschiedliche Hersteller).

Eine Übersicht über Kalorien- und Ca-P-Zufuhr unterschiedlicher Milcharten ist am Schluss des Dokumentes zu finden.

5 Laborüberwachung bei Anreicherung und Supplementierung

Bei klinisch stabilen Frühgeborenen mit adäquater Hydrierung und normaler Nierenfunktion können Harnstoffwerte als Marker dienen, um eine zu hohe Eiweiß Zufuhr und damit das Auftreten von Stoffwechselstörungen (metabolische Azidose, Hyperglykämie, Hyperammonämie, Lethargie), die neurologischen Schäden verursachen können, zu vermeiden.

Die Kontrolle von Harnstoff und Triglyceriden ist empfohlen bevor die Anreicherung auf FM85 6% erfolgt, sowie bevor zusätzliche Proteine und Lipide supplementiert werden. Die gleichzeitige Bestimmung von Kreatinin ist nur sinnvoll, wenn eine Niereninsuffizienz vermutet wird (entweder bei renalem Insult oder prärenal bei Flüssigkeitseinschränkung).

Basierend auf Triglyceridkonzentrationen gesunder, gestillter Säuglinge und Annahmen bezüglich der Sättigungsgrenze der Lipoproteinlipase, sollten die Plasmakonzentrationen im Allgemeinen bei Säuglingen 2.8mmol/l (und Kinder jenseits des Säuglingsalter 4.5mmol/l) nicht übersteigen.

Harnstoff:

(Normwerte bzw. akzeptable Werte <8mmol/l und <15mmol/l*)

< 8mmol/l => keine weiteren Kontrollen notwendig (bei gleichbleibender Zufuhr)

8-15mmol/l => Kontrolle nach einer Woche

>15mmol/l* => Reduktion der Eiweiß Zufuhr und Kontrolle (spätestens nach einer Woche)

*Besprechung an der Ernährungsvisite, tolerierte obere Grenze bei flüssigkeitsrestringierten Kindern.

Triglyceride:

(Normwerte bzw. akzeptable Werte <2.8mmol/l)

< 2.0mmol/l => keine weiteren Kontrollen notwendig (bei gleichbleibender Zufuhr)

2.0-2.8mmol/l => Kontrolle nach einer Woche

>2.8mmol/l => Reduktion der Lipidzufuhr und Kontrolle (spätestens nach einer Woche)

Bei Wachstumsretardierung sollen die Einzelfälle in Rahmen der Ernährungsvisite besprochen werden.

6 Ablauf bis zur Entlassung

6.1 Semidemand Feeding

Semidemand Feeding bedeutet, dass das Kind unter Einbezug der frühen Hungerzeichen und einem gewissen Zeitabstand die MZ erhält.

Dabei werden die Anzahl Trinkversuche unter Einbezug der Bedürfnisse und Trinkbereitschaft des Kindes gesteigert.

Die Kinder werden auf 8MZ belassen, entsprechend Empfehlung schweizerischen Empfehlung «Ernährung des gesunden Neugeborenen» vom 2021.

6.2 Wunschkost und Entlassung

Kriterien, um die Wunschkost zu starten,

- Das Kind hat mindestens 2/3 der gesamten Trinkmenge in den letzten 24h getrunken und
- Das Kind zeigt ein gutes Trinkverhalten.

Dabei trinkt das Kind so oft und so viel, wie es möchte und erhält mind. 6 bis 8 MZ in 24 Stunden. Die Wunschkost kann zu jeder Tageszeit gestartet werden. Als Zeitpunkt vom Start WK zählt die erste MZ, bei der das Kind nicht mehr nachsondiert wurde. Die Magensonde wird gezogen.

Frühgeborene < 35+0 SSW werden nach abgeschlossenem Ernährungsaufbau auf WK umgestellt, im Gegensatz können Kinder ab 35+0 SSW während dem Ernährungsaufbau auf WK umgestellt werden, wenn sie eine hohe Trinkbereitschaft und ein gutes Trinkverhalten zeigen.

6.3 Ernährung bei Entlassungsgewicht P<10

Wir haben unterschiedliche Szenarien, je nach MM-Menge, mütterliche Bereitschaft zum Abpumpen und Gedeihen. Je nach Situation, kann ein Teil der Muttermilch mit Hipp angereichert werden, die Ernährung mit Hipp 16% erfolgen oder Infatrini eingesetzt werden.

Das Infatrini hat ein optimales Verhältnis der verschiedenen Makro- und Mikronährstoffen in seiner Zusammensetzung und enthält 100kcal/100ml. Die Indikation zur Entlassung mit Ernährung mit Infatrini wird nach Rücksprache mit den Ernährungsberaterinnen gestellt (sie gewährleisten die ambulante Betreuung und die Bestellung/Lieferung inkl. Kostengutsprache für das Produkt). Anmeldung im EPIC an Ernährungsberatung (ERB).

Im Detail:

Gewicht P3-10 und gutes Gedeihen ohne Infatrini im Spital			
Viel MM	motiviert für abpumpen	½ MM ½ MM + Hipp 3%	Nachbetreuung Kinderarzt
	lieber kein abpumpen (Aufwand zu gross zB bei Zwillingen)	½ MM ½ Hipp 16%	
kein MM MM max ½ der Tagesmenge		MM / Hipp 16%	

Gewicht P<3 Gewicht P3-10 und schlechtes Gedeihen ohne Infatrini im Spital Schon Infatrini im Spital (bei der Ernährungsvisite besprochen)			
Viel MM	motiviert für abpumpen	Max 2/8 MM, 6/8 MM+3%	Nachbetreuung Kinderarzt
	lieber kein abpumpen (Aufwand zu gross zB bei Zwillingen)	2-4/8 MM 4-6/8 Infatrini	Nachbetreuung Ernährungsberatung
kein MM MM max ½ der Tagesmenge		MM / Infatrini	

6.4 Kriterien für bestandene Wunschkostversuch und Entlassung

Für die WK wird die gleiche Milch verabreicht, die für zu Hause angedacht ist, deshalb:

- wenn Vollstillen geplant => Anreicherung vor dem WK absetzen.
- wenn Entlassung mit angereicherter Milch => WK mit der gleichen Milch (z.B. Pre-Milch 16% oder oder ein Teil der MM mit Pre-Milch 3% angereichert).
- wenn Entlassung mit Infatrini bei Gewicht < P10 geplant => Umstellung der Formulamilch auf Infatrini

SSW bei Geburt	Erste Gewichtskontrolle	Kriterien für bestandene Wunschkostversuch
< 35+0	48h nach Start WK	Das Kind zeigt eine Gewichtszunahme, welche parallel zu den Perzentilen verläuft.
35+0 - 36+6	24h nach Start WK	Das Kind nimmt an Gewicht zu.
≥37+0		Das Kind trinkt seine für den Lebenstag berechnete Tagestrinkmenge (Lebenstage (LT) x 20ml/kg => z.B. am 4. LT 4x20ml/kg = 80ml/kg/d). Hiermit ist zu erwarten, dass das Kind demnächst an Gewicht zunehmen wird. oder Das Kind nimmt an Gewicht zu.

Merke: das Kind soll auch tagelang nach bestandenerm Wunschkostversuch weiterhin perzentilenentlang an Gewicht zunehmen.

Voraussetzungen für die Entlassung:

- die Eltern kennen die Ernährung des Kindes und wenden dies angepasst an
- die Nachbetreuung (inkl. Gewichtskontrolle) ist gewährleistet (Hebamme, Stillberatung, KinderärztIn)

Verläuft die Gewichtskurve abflachend zur Perzentilenkurve, wird auf der ärztlichen Visite der Austritt und das weitere Procedere unter Einbezug der Bedürfnisse der Eltern und der weiteren Austrittskriterien besprochen.

Bei Austritt mit Magensonde (Kinderspitex beiziehen), mit angereicherter Milch oder bei (Teil-)Ernährung mit Infatrini sind Kontrollen 2 Wochen nach Entlassung beim Kinderarzt und 4 Wochen nach Entlassung in der Tagesklinik zu planen (Zuweisung Ernährungsberatung in EPIC nicht vergessen).

7 Vitamin D- und Eisensubstitution

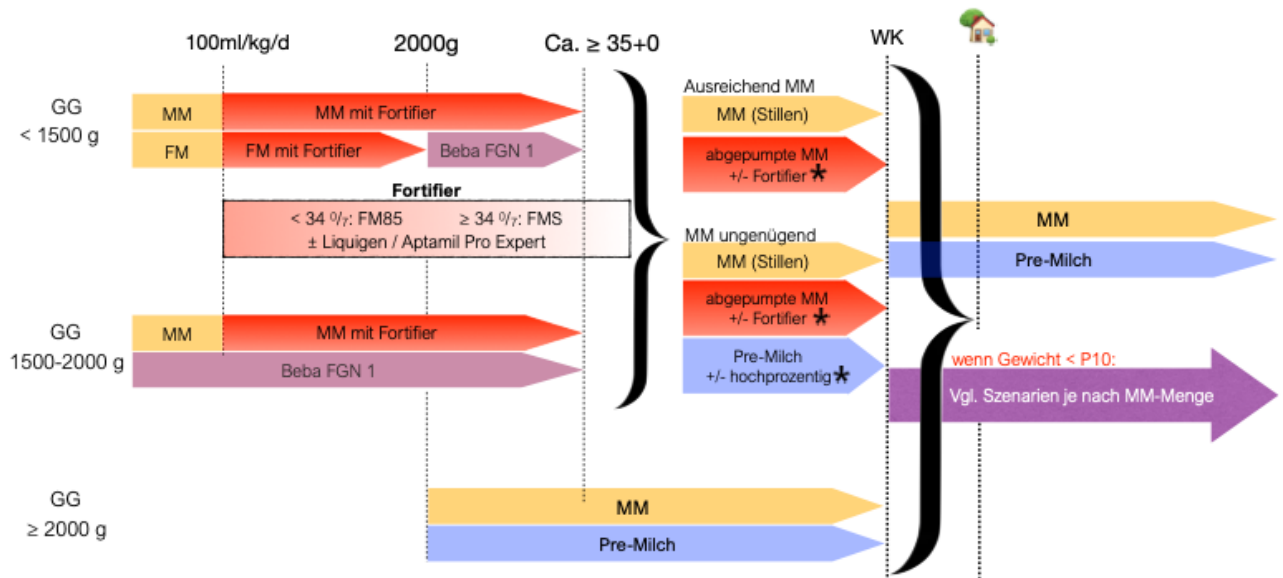
Frühgeborene haben einen erhöhten Vitamin- und Eisenbedarf.

Sobald die Vitaminzusätze nicht mehr parenteral gegeben werden und die Kinder über 10ml pro Mahlzeit erhalten, wird Vitamin D enteral (400-500 IE/d) verabreicht.

Kinder mit einem GG <2500g ohne FM85/Beba FGN1, erhalten eine Eisensubstitution (3mg/kg/d) ab dem 14. Lebenstag bis zum korrigierten 6. Lebensmonat.

8 Übersicht Milchwahl

Enterale Ernährung, Fortifier, Vitamin D- und Eisensubstitution bei Neugeborenen



* MM und Pre-Milch **ohne** Anreicherungen, wenn Wachstum **über**-perzentilenentlang
 Wenn Wachstum "nur" perzentilenentlang, dann Anreicherungen belassen (indirekte Reduktion durch Zunahme vom Stillen)

Maltofer

ab 14. LT (unter MM/FMS/Pre-Milch, **nicht FM85/FGN1**): Maltofer 1.5 mg/kg 12-h bis korr. 6 Monate

Vitamin D3

Ab 10 ml/Mahlzeit: 400-500 IE /Tg

9 Übersicht Zusammensetzung Milchsorten ohne/mit Anreicherung

	ml	kcal/100ml	KH g/100ml	Proteine g/100ml	Lipide g/100ml	Ca mmol	P mmol
MM/FM	100	67	7.3	1.6	3.5	0.7	0.5

MM/FM mit FM85 4%	100	85	8.6	3	4.2	2.5	1.9
MM/FM mit FMS 4%	100	82	8.7	2.8	4.2	2.4	1.7
FGN1	100	80	8.1	2.9	4	2.9	2.5

Hipp Pre 12.9% (normal)	100	66	7	1.3	3.6	1.3	1
------------------------------------	-----	----	---	-----	-----	-----	---

MM mit Hipp 3%	100	80	8.6	1.8	4.2	1	0.7
Hipp Pre 16%	100	82	8.7	1.6	4.5	1.6	1.2
Infatrini	100	100	10.3	2.6	5.4	2.5	1.6

	ml/kg/d	kcal/kg/d	KH g/kg/d	Proteine g/kg/d	Lipide g/kg/d
Empfehlungen ESPGHAN	135-200	110-135	11.6-13.2	<1kg: 4-4.5 1-1.8kg: 3.5-4	4.8-6.6

Veröffentlichung	Autor(-en)	geprüft von
11.11.2020	N. Deck (PFF), V. De Crosta (PFF), R.Kothari (OÄ), M. Fontana (LA)	Dr. med. M. Stocker, Chefarzt Neonatologie, Kader-IPS/Neo, Pflegeleitung IPS/Neo, Kader Gastro, ERB.

Änderungshistorie (neue Version bitte in Zeile zuoberst eintragen, neue Zeile mit 'Klick rechte Maustaste', 'einfügen', 'darüber einfügen' generieren)

Version	Freigabe am	Grund der Änderung	Beschreibung der Änderung
4	01.06.2024	Szenarien P<10 Neue Milch (Hipp)	Ernährung bei Gewicht P<10 differenzierter (Anja Hergenhan, Franziska Righini, ERB, MF). Anpassung Tabelle Milchsorten und Übersichtsschema (MF).
3	15.05.2023	Aktualisierung, insbesondere Semidemand Feeding	Erklärung Semidemand Feeding (Alexandra Julen). Aktualisierung Tabelle + Schema Enterale Ernährung je nach GG (MF+AJ). Neue Kriterien zum Wunschkost (MF+AJ). Neue Austrittskriterien (MF+AJ).
2	25.06.2021	Aktualisierung	Dauer Sondierung bei Umstellung auf 8 Mahlzeiten (Matteo Fontana). Ernährung bei Entlassung und Gewicht <P10 (ERB). Aktualisierung Schema Enterale Ernährung je nach GG (MF). Aktualisierung Tabelle mit Kaloriengehalt und Zusätzen (MF). Praktisches Vorgehen bei schlechtem Gedeihen (MF).

1.