



Guía de práctica clínica Servicio de Neonatología HPM	Agosto 2015
ALIMENTACION POR SNG-SOG	Revisado por: Mt. Bárbara Oelckers

Objetivo

Proporcionar alimentación a recién nacidos que se encuentran impedidos para succionar, ya sea por patologías o inmadurez.

Indicado para:

- En todo recién nacido donde este procedimiento sea indicado por el medico
- Prematuro menor de 34 semanas.
- Recién nacidos hospitalizados de entre 0 a 28 días de edad que presenten alteración en el reflejo de succión deglución.
- Pacientes con oxigenoterapia: ventilación mecánica, CPAP nasal, HOOD.
- Pacientes con malformaciones congénitas que imposibiliten la alimentación por boca

Operadores

- Técnico paramédico

Supervisa

- Matrón/a supervisor
- Matrón/as clínicas



Materiales

MATERIAL

- 2 jeringa de 5cc.
- 1 ampolla de agua bidestilada de 5cc.
- 1 jeringa para alimentación (el tamaño dependerá del volumen a administrar).
- Mamadera con alimentación.
- Guantes de procedimiento

Procedimiento

1. Corroborar indicación de alimentación y cantidad a recibir, en hoja de enfermería.
2. Lavado de manos según norma.
3. Llevar material a mesón de procedimientos revisando la identificación y tipo de la alimentación.
4. Abrir material necesario.
5. Colocarse guantes de procedimientos si la alimentación a administrar es leche materna, si fuera leche artificial esto no es necesario.
6. Cargar jeringa de 5 ml con agua bidestilada y dejar dentro del envoltorio de la jeringa procurando que esta no se contamine.
7. Verificar la marca de ubicación de la SNG, la fijación, fecha de instalación.
8. Posicionar al paciente en de cúbito prono – fowler o decúbito lateral derecho, manteniendo la observación del rostro del RN.
9. Aspirar contenido gástrico con jeringa de 5cc, evaluando cantidad y aspecto de este.
10. Retirar la jeringa y cerrar la sonda.
11. Abrir la SNG y conectar la camisa de la jeringa de alimentación.
12. Obliterar la sonda y vaciar la cantidad de leche indicada, administrándola por gravedad, no acelerar la infusión del bolo, ya que puede provocar distensión brusca y vómitos.
13. Al finalizar el procedimiento se debe administrar 1cc de agua bidestilada por la sonda de manera de limpiarla y cerrar sonda.
14. Eliminar jeringas y ampolla de agua abierta.
15. Procede al lavado de manos y registro en hoja de enfermería tomando en cuenta las consideraciones señaladas



Consideraciones

- Si existiese residuo gástrico alimentario este volumen debe ser medido y si es menor al 20% del indicado, debe ser devuelto al estómago y debe ser restado al volumen indicado.
- Al existir residuo gástrico con otras características, como bilioso, porraceo, con sangre digerida o fresca, se debe medir avisar a matrona para que lo evalúe.
- El RN debe ser observado durante toda la alimentación, de modo, de pesquisar cualquier alteración en él como: dificultad respiratoria, fatiga, color, náuseas, etc., de ser así suspender la alimentación y avisar inmediatamente a la matrona.
- La sonda debe ser cambiada cada 72 hrs, o cuando hay desplazamiento de esta.
- Es imprescindible que la sonda sea rotada en los lugares de fijación para que no se produzcan lesiones o deformaciones de la encía o de los orificios nasales.

Bibliografía

Manual de Enfermería Neonatal, Patricia Fernández, Erika Caballero, Gabriela Medina, año 2009.
Norma de enfermería Servicio de Neonatología HBPM.
<http://www.eccpn.aibarra.org>.

