COLOCACIÓN DE SONDA OROGASTRICA

1. PROPOSITO

- Establecer una vía artificial que comunique la cavidad gástrica con el exterior, para lavado o drenaje del contenido gástrico, administración de alimentos o medicamentos.
- Prevenir los problemas relacionados con la distensión gástrica, abdominal y la aspiración del contenido gástrico durante la reanimación del paciente.

2. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad de la gerencia del Hospital la Victoria, disponer de personal acreditado y debidamente contratado, equipos y elementos necesarios para la prestación de servicios de enfermería.

De la Subgerencia administrativa el suministro de insumos, que sean necesarios para el manejo de los pacientes.

De la Coordinación de Hospitalización de tener el personal acreditado en cuanto a enfermería se refiere, para el manejo de los pacientes.

De la Enfermera y Auxiliares de Enfermería prestar una atención oportuna y pertinente.

3. AREAS QUE INTERVIENEN

Gerencia del hospital la Victoria.

Subgerencia administrativa.

Subgerencia de servicios de Salud.

4. DOCUMENTOS REFERENCIADOS

Pautas de Recién Nacidos, Dra. ANGELA HOYOS, 5 edición, CELSUS

Manual de Protocolos en Neonatología Starrck, Grimberg Carlos, Montes

Vásquez Héctor.

Nutrición por sonda laboratorios Abbott.

5. DEFINICIÓN

Es la introducción de una sonda desde la boca o fosa nasal , a través del esófago y hasta el estómago del paciente.

6. PRECAUCIONES

- Mantener técnica aséptica al realizar el procedimiento en todo paciente.
- En el recién nacido y paciente con tubo orotraqueal, introducir la sonda únicamente por la boca
- Retirar inmediatamente la sonda, si el paciente presenta signos de asfixia (cianosis, apnea, tos o sangrado)
- Verificar que la sonda se encuentra en posición adecuada antes de usarla para introducción de alimentos, en lo posible con rayos X de tórax.
- En pacientes con ventilación mecánica o ventilación no invasiva deje la sonda oro gástrica abierta a drenaje libre.
- Lavar la sonda con agua estéril antes y después de per fundir medicación por la sonda.
- Mantener la cabecera levantada 30º
- Verificar la colocación de la sonda en cada turno y antes de cada toma de alimentación y/o medicamentos.
- Marcar la sonda con fecha de inserción, si tiene bolsa recolectora para drenaje márquela con fecha de cambio.
- Cambiar la sonda diariamente en recién nacido y paciente pediátrico o si se sospecha de no estar en posición adecuada. Fíjela según guía lo de fijación de sonda.
- En caso de administrar alimentación enteral en goteo continuo, coloque llave de tres vías para administración de medicamentos.
- En paciente adulto cambie la sonda cada 7 días o si hay sospecha de no estar en posición adecuada o de acodamiento u obstrucción.

7. EQUIPO

- Sondas estériles, números de acuerdo a la edad del paciente y tipo de paciente:
  - <u>Calibre de la sonda. En neonatos</u>

  - **<**1500GS 5Fr
  - 1500-2500grs 6Fr
  - >2500grs 8Fr
- Jeringas de 10 y 20 cc
- Guantes estériles.
- Cinta adhesiva, preferiblemente antialérgica.
- Fonendoscopio.
- Gasas.
- Bolsas para recolección de drenaje gástrico.
- Equipo de reanimación.
- Succionador.

8. PROCEDIMIENTO

- Colocar al paciente en posición antireflujo, cabecera a 30º
- Siempre medir la sonda que se va a insertar. Esta debe ser lo suficientemente larga como para alcanzar el estomago, pero no tanto como para perforarlo

- Tomar la punta de la sonda y medir la distancia desde la comisura externa de la boca hasta el lóbulo de la oreja y de allí hasta la apófisis xifoides (la parte mas baja del esternón). Marcar haciendo un dobles a la sonda
- Introducir la sonda a través de la boca o fosa del paciente según sea el caso, guiarla a través de la orofaringe e introducirla hasta el dobles que se realizó previamente
- El paso de contenido gástrico a través de la sonda es señal de su correcta ubicación. Si este no se produce espontáneamente, aspirar con una jeringa de 10 ó 20 cc para obtener contenido gástrico.
- Si este no se verifica con la aspiración, inyectar aire con la jeringa, auscultando simultáneamente el burbujeo de aire en el epigastrio del recién nacido.•
- Verificada la correcta ubicación de la sonda, fijarla con esparadrapo. Proteger previamente la piel.
- Realice la fijación en recién nacido según guía.
- Marcar la sonda en un sitio visible con un esparadrapo o cinta, si va a ser utilizada para alimentación.
- Cada vez que se va a introducir alimento o cualquier medicamento, verificar que la sonda no se ha movilizado.
- Controlar residuos de alimentación gástrica antes de la toma siguiente.
- Si la sonda orogástrica es para prevenir distensión, dejarla abierta para permitir la salida del aire que entra en el estomago.
- Coloque llave de tres vías para la administración de medicamentos si la sonda se está utilizando para nutrición enteral.
- Registre e procedimiento en Formato Registros de enfermería AC-F019, Formato AC-F 021 para paciente de salud mental, Formato AC-F039 para paciente de cuidado critico.

8.1. Alimentación intermitente por sonda.

- Lave bien sus manos y utilice guantes.
- Siga las indicaciones sobre volumen, horario, tipo de alimentación.
- Verifique posición de la sonda y mida perímetro abdominal.
- Cuantifique residuo gástrico por aspiración suave con jeringa.
- No deseche residuo, complete el volumen ordenado y devuélvalo al estomago.
- Si el residuo es >50%, verde o sanguinolento, avise al medico.
- Administre el volumen con jeringa y a gravedad, nunca use presión.
- Tape la sonda. Si requière dejar jeringa, verifique que quede cerrada.
- Coloque al paciente en decúbito lateral derecho o decúbito ventral.
- Anote en registros de enfermería y control de líquidos cantidad y clase de sustancia administrada, tolerancia y reacciones especiales**.**

8.2. Alimentación a goteo continuo o Gastroclisis

- Administrar con perfusor o bomba de infusión.
- Cada 8 hrs: Verifique posición de la sonda, enjuague el equipo con agua destilada tibia, cambie la leche en caso de los neonatos o paciente pediátrico.
- Se deben cambiar las conexiones cada 24, equipos set de perfusores.

9. INDICACIONES

- Diagnóstico (ejemplo: atresia esofágica)
- Descompresión en procesos intestinales obstructivos.
- Alimentación enteral.
- Alta frecuencia respiratoria.
- Ventilación del recién nacido, ya que el aire introducido en el estomago presiona el diafragma impidiendo la completa expansión pulmonar. El aire en el estomago puede causar regurgitación del contenido gástrico que puede entonces ser aspirado durante la ventilación manual. Aquí la sonda actúa como ventana de descarga de aire
- Enfermedades neurológicas que puedan presentar riesgo de bronco-aspiración de secreciones gástricas.

10.COMPLICACIONES

- Bronco-aspiración por mala colocación de la sonda
- Perforación gástrica
- Neumonía aspirativa
- Apnea y bradicardia debidas a respuesta vagal.
- Obstrucción de la sonda por falta de lavado después de la administración de medicamentos o gastroclisis