



ARTÍCULO ESPECIAL

Guía de procedimiento asistencial de enfermería para la inserción, mantenimiento y retiro de la sonda nasogástrica u orogástrica

Juana Liliana Arrasco-Gelacio ^{1,a}  Equipo de Revisión del Departamento de Enfermería ^{1,a}

1. Hospital Regional Lambayeque,
Departamento de Enfermería,
Chiclayo, Perú.

a. Enfermera

***Correspondencia:**

Juana Liliana Arrasco-Gelacio
lilianaarrasco@gmail.com

Resumen

El déficit de criterios unificados en la práctica de los cuidados de enfermería puede conllevar a incurrir en errores durante los procedimientos. Por esta razón, la presente guía de procedimiento asistencial de enfermería tiene como objetivos estandarizar la forma correcta de la técnica de colocación, mantenimiento y retiro de la sonda nasogástrica o sonda orogástrica, manteniendo los estándares de calidad; lo que permitirá favorecer su permanencia, disminuir complicaciones relacionada con el desplazamiento y lesiones en la piel. Estudio descriptivo y revisión de literatura. La búsqueda de la información se realizó en revistas de alto impacto y otros medios confiables como Scopus, ProQuest, EBSCO, Scielo, repositorios y Google Académico. Esta revisión aborda las indicaciones, contraindicaciones, materiales y equipos necesarios, etapas del procedimiento, las complicaciones y recomendaciones para la correcta inserción, mantenimiento y retiro de la sonda nasogástrica y orogástrica.

Palabras clave: Guía; Enfermería práctica; Intubación Nasogástrica; Alimentación por Sonda . (fuente: DeCS BIREME).

Nursing care procedure guide for the insertion, maintenance and removal of the nasogastric or orogastric tube

Abstract

The lack of unified criteria in the practice of nursing care can lead to errors during procedures. For this reason, the present nursing care procedure guide aims to standardize the correct form of the technique of placement, maintenance and removal of the nasogastric tube or orogastric tube, maintaining quality standards. This will allow to favor its permanence, reduce complications related to displacement and skin lesions. Descriptive study and literature review. The search for information was carried out in high-impact journals and other reliable media such as Scopus, ProQuest, EBSCO, Scielo, repositories and Google Scholar. This review addresses the indications, contraindications, necessary materials and equipment, stages of the procedure, complications and recommendations for the correct insertion, maintenance and removal of nasogastric and orogastric tubes.

Keywords: . Guideline; Nursing, Practica; Enteral Nutrition; Intubation, Gastrointestinal. (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

El sondaje nasogástrico/orogástrico, es un procedimiento cuya finalidad es lograr una comunicación entre el exterior y el interior de la parte digestiva del paciente para la utilidad de múltiples indicaciones para beneficios de su salud como lo es la introducción de sustancias, nutrición enteral, extracción de contenido gástrico, entre otras, teniendo como conocimiento básico que la alimentación en el ser humano es considerada una de las principales funciones y que cuando esta se ve afectada se opta por la inserción de una SNG/SOG⁽¹⁾.

A pesar de ser una técnica invasiva sencilla de realizar no está exenta de complicaciones por lo que el profesional de enfermería debe saber cuál es la técnica correcta de inserción, mantenimiento y retirada de la SNG/SOG⁽²⁾. Por este motivo, esta guía tuvo como objetivo estandarizar la colocación, mantenimiento y retiro de la sonda nasogástrica o sonda orogástrica.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Indicaciones

Absolutas

- Alimentación enteral en paciente incapacitados para hacerlo por vía oral.
- Aspiración de contenido gástrico, para eliminar secreciones gástricas o gastroduodenales y aliviar la presión en pacientes con obstrucción gastrointestinal.
- Efectuar lavado gástrico con fines terapéuticos.
- Obtener muestra de contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Eliminación del contenido gástrico en casos de intoxicación por venenos, materiales tóxicos o exceso de medicamentos.
- Prevención de broncoaspiración en pacientes con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.
- Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

Relativas

- Administración de medicamentos en pacientes que no puedan deglutir.
- Necesidad de obtener cultivo gástrico ante la sospecha de tuberculosis.
- Efectuar estudios radiológicos de contraste.

CONTRAINDICACIONES

Absolutas

- No se colocará SNG o SOG en aquellos pacientes que presenten obstrucción esofágica, sospecha o evidencia de perforación esofágica, presencia de varices esofágicas o de esofagitis severas.

- No se colocará SNG en pacientes con traumatismo maxilofacial severo o sospecha de fractura en la base del cráneo u obstrucción nasofaríngea.
- No se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.

Relativas

- En aquellos pacientes que presenten coagulopatía severa no controlada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Equipo biomédico: Sistema de aspiración al vacío o aspirador portátil.

Material no fungible: Riñonera, estetoscopio.

Material fungible para la inserción:

- Sonda nasogástrica de acuerdo con la edad, contextura e indicación terapéutica (adultos: entre 14 - 16 Fr. y pediátrico: 5 a 12 Fr.).
- Equipo de protección personal (EPP): mascarilla quirúrgica o N95 según patología del paciente, guantes estériles, gafas protectoras y mandilón.
- Gasa estéril.
- Jeringa de 20 - 50 mL (de 10 cc. para paciente pediátrico).
- Lubricante hidrosoluble (lidocaína gel).
- Vaso con agua (opcional).
- Esparadrappo hipoalergénico.
- Jeringa de 3 a 10 mL para ocluir la sonda.
- Sondas de aspiración del tamaño adecuado.

Material fungible para mantenimiento y retirada:

- EPP: Mascarilla quirúrgica o N95 según patología del paciente, guantes no estériles y mandilón.
- Clorhexidina al 2 %
- Gasa estéril.
- Jeringa 20 - 50 mL
- Esparadrappo hipoalergénico.

ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO

Inserción

1. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano⁽³⁾.

2. Colocar el EPP: guantes, mascarilla, gafas protectoras y mandilón. Fundamento: El EPP, son dispositivos, materiales e indumentaria personal para proteger del riesgo laboral y de la amenaza a la seguridad y a la salud ⁽⁴⁾.
3. Revisar la historia clínica y comprobar la indicación médica de sondaje naso/orogástrico, teniendo en cuenta los antecedentes otorrinolaringológicos. Fundamento: La historia clínica es un documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otro profesional de la salud brindan al paciente y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos ⁽⁵⁾.
4. Comprobar la identidad del paciente. Fundamento: Asegura que el paciente es el correcto ⁽⁶⁾.
5. Preparar el material necesario y llevarlo a la unidad del paciente. Fundamento: Organiza la actividad, por lo tanto, la eficacia del procedimiento ⁽⁶⁾.
6. Proporcionar privacidad. Fundamento: Ofrecer privacidad reduce el pudor y favorece la relajación durante el procedimiento ⁽⁶⁾.

Reglamento de la ley N° 29414, Artículo 19°: Derecho al respeto de su dignidad e intimidad, sostiene que toda persona tiene derecho a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo ⁽⁷⁾.
7. Explicar al paciente o cuidador el procedimiento a realizar, sus beneficios y pedir su colaboración. Fundamento: Reduce la ansiedad y favorece que el paciente pueda ayudar en la inserción ⁽⁶⁾. El sondaje gástrico es un procedimiento que puede causar un impacto físico y emocional en el paciente, por lo que se le debe proporcionar información y educación sanitaria al respecto, implicarle en su autocuidado, darle apoyo emocional y procurar las comodidades que sean posibles ⁽⁸⁾.
8. Colocar al paciente en posición Fowler. Fundamento: La posición Fowler reduce el riesgo de aspiración y promueve la deglución eficaz ⁽⁶⁾.
9. Examinar los conductos nasales y elegir el más idóneo, retirar prótesis dentales, de ser necesario. Fundamento: Se evalúa la permeabilidad de los orificios para detectar si hay alguna señal de deformidad u obstrucción ⁽⁹⁾.
10. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
11. Calzar guantes estériles. Fundamento: Reduce la transmisión de microorganismos ⁽⁵⁾.
12. Colocar un campo o protector sobre el pecho del paciente. Fundamento: Protege al paciente de las salpicaduras ⁽¹⁰⁾.
13. Medir y señalar la sonda: Distancia desde la punta de la nariz (o desde la comisura labial en el caso de orogástrica) hasta el lóbulo de la oreja y apéndice xifoideos, marcar esta distancia en la sonda. Fundamento: La medición de la sonda nasogástrica consiste en la distancia medida de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de esta al apéndice xifoideo; de este modo, disminuye el riesgo de aspiraciones y otras complicaciones respiratorias ⁽¹⁾.
14. Lubricar el extremo distal de la sonda con lubricante hidrosoluble o agua para facilitar su inserción. Fundamento: La lubricación de la sonda permite el fácil ingreso, disminuye el dolor y el riesgo a traumas ⁽⁶⁾. El lubricante hidrosoluble se disuelve si el tubo, penetra accidentalmente en los pulmones, mientras que un lubricante oleoso, como la vaselina, no se disolverá y podría provocar complicaciones respiratorias si penetra en los pulmones ⁽¹¹⁾.
15. Dirigir el mentón del paciente hasta el pecho, introducir los primeros centímetros lentamente girando la sonda y dirigiéndola hacia abajo, hasta llegar a la hipofaringe; a partir de aquí la progresión puede ser más rápida. Fundamento: La inclinación de la cabeza hacia delante facilita el paso de la sonda hacia la faringe posterior y el esófago, cierra la glotis y reduce el riesgo de entrada en la tráquea ^(6,11).
16. Indicar que realice movimientos de deglución si el paciente colabora e introducir la sonda hasta la marca realizada que debe quedar a la altura de la fosa nasal o comisura labial, según quede nasogástrica u orogástrica. Fundamento: La deglución mueve la epiglotis sobre la laringe y facilita el paso de la sonda por la orofaringe ^(6,11).
17. Comprobar la correcta ubicación: Aspirar contenido gástrico y medir el pH del líquido aspirado. Fundamento: La verificación del posicionamiento de la sonda gástrica, es un proceso que requiere la atención del enfermero con el objetivo de aumentar la seguridad del procedimiento ⁽¹²⁾. Las evidencias indican que la ausencia de retorno de secreción en la aspiración de la sonda es un método simple y sensible; por lo tanto, debe ser visto como un indicador del posicionamiento inadecuado. Además, la evaluación del pH y de la coloración de la secreción para verificación del posicionamiento gástrico son los indicadores que presentan mejores resultados en las pruebas de precisión ⁽¹²⁾.

El estudio del pH es una forma fiable de determinar la localización de una sonda de alimentación. El contenido del estómago tiene normalmente un pH de 1 a 5; un pH de 6 o mayor indica que el contenido procede de una zona

- inferior del tubo digestivo o del aparato respiratorio. Según algunos investigadores la localización de la sonda debe verificarse si el pH es mayor de 4 ⁽¹¹⁾.
18. Fijar la sonda a la nariz evitando que quede tirante y presione sobre el ala de esta. Si es orogástrica y el paciente tiene tubo endotraqueal fijarla al mismo. Fundamento: Una sonda fijada correctamente permite que el paciente se pueda mover con más facilidad y previene dañar las mucosas nasales, así mismo reducen los tirones de la sonda, lo que evita molestias y desprendimientos ⁽⁶⁾.
 19. Realizar el procedimiento por el cual se ha colocado la sonda: aspiración, alimentación, lavado gástrico, etc. Fundamento: La sonda gástrica está indicada con fines diagnósticos, terapéuticos y preventivos. Su finalidad más usada es como dispositivo de nutrición enteral ⁽⁸⁾.
 20. Proporcionar confort y seguridad al paciente. Fundamento: El papel del enfermero es de extrema importancia en la satisfacción de las necesidades, en la potenciación y readaptación de las capacidades y en la garantía de la dignidad del paciente. El confort es un área de atención relevante para la enfermería, caracterizándose por la sensación de tranquilidad física y de bienestar corporal. El confort puede ser de tipo alivio, tranquilidad y trascendencia. Es una experiencia holística de la persona después de recibir medidas de confort ⁽¹³⁾.
 21. Retirar y desechar las barreras de protección. Fundamento: Reduce la transmisión de microorganismos ⁽⁶⁾.
 22. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
 23. Anotar en los registros de enfermería: fecha de colocación y del próximo cambio de la sonda (a los siete días, si es de silicona considerar 30 días), tipo de sonda, incidencias durante el procedimiento, si hubiere. Fundamento: Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Permiten asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados ⁽¹⁴⁾.
 2. Colocar el EPP: mascarilla, mandilón, guantes no estériles. Fundamento: El EPP, son dispositivos, materiales e indumentaria personal para proteger del riesgo laboral y de la amenaza a la seguridad y a la salud ⁽⁴⁾.
 3. Comprobar la fijación de la sonda en cada turno. Fundamento: Permite observar si la sonda sufre movimientos de su posición de fijación, detectando algún desplazamiento o retirada accidental ⁽⁶⁾.
 4. Rotar el punto de fijación de la sonda. Fundamento: Evita irritaciones en la piel ⁽¹¹⁾. Las sondas nasogástricas deben girarse sobre sí mismas diariamente, cambiar el área de la piel donde se fija y utilizar esparadrapo hipoalérgico para la fijación ⁽¹⁵⁾.
 5. Comprobar la permeabilidad y la posición de la sonda en cada turno y en las siguientes situaciones: antes de iniciar alimentación continua, cuando se administre alimentación por bolo o medicamentos, si el paciente se queja de molestias o reflujo de alimentos en la boca, después de vomito o arcadas violentas, después de graves ataques de tos, dificultad respiratoria o después de aspiración de tubo endotraqueal o traqueotomía. Fundamento: La observación continua del profesional de enfermería permite detectar alteraciones y evitar complicaciones secundarias en el paciente. La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago y los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en la tráquea ⁽⁶⁾.
 6. Cambiar la sonda nasogástrica cada vez por un orificio nasal diferente. Fundamento: El tiempo prolongado de la sonda puede provocar ulceración y necrosis ⁽¹¹⁾.
 7. Irrigar la sonda nasogástrica con un mínimo de 50 mL. de agua tibia después de administrar alimentos o medicamentos. En niños de acuerdo con el peso o según indicación médica. Si tiene alimentación continua es cada seis horas o cuando tienen tratamiento. Fundamento: El agua lava la luz de la sonda, previniendo el bloqueo en el futuro por una fórmula pegajosa ⁽¹¹⁾.
- Las sondas deben lavarse con agua tibia con una jeringa de 50 mL. infundiendo 30 mL. de agua antes y después de la infusión de la fórmula, si la administración es intermitente; si es continua cuando se cambie la fórmula. (Nivel de evidencia II A; grado de recomendación B) ⁽¹⁶⁾.
8. Realizar la higiene de las fosas nasales diariamente con gasa humedecida con agua tibia o lubricante hidrosoluble. Fundamento: Evita la resequeza de la mucosa nasal ⁽¹¹⁾.
 9. Realizar o ayudar al paciente en la higiene bucal con clorhexidina al 0,12 % o enjuague bucal. Fundamento: La mala higiene genera proliferación de microorganismos por lo tanto se tiene que realizar frecuentemente higiene bucal ⁽¹¹⁾. La clorhexidina es una bisguanida catiónica, es decir que tiene una superficie positiva que se une a superficies

Mantenimiento

1. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.

- negativas, lo que incluye dientes, tejidos blandos y bacterias. Debido a sus propiedades catiónicas se une a la hidroxiapatita del esmalte, a la película adquirida, y a las proteínas salivales, después de ser absorbida con lo que impide la colonización bacteriana, se libera de 12 a 24 horas lo que se conoce como sustantividad ⁽¹⁷⁾.
10. Retirar y desechar las barreras de protección. Fundamento: Reduce la transmisión de microorganismos ⁽⁶⁾.
 11. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
 12. Valorar cantidad y características del drenaje gástrico, si fuera el caso. Fundamento: La valoración permite detectar a tiempo algún problema de salud ⁽⁶⁾. El contenido gástrico normal es de consistencia mucosa, incolora o amarillento verdoso debido a la presencia de bilis; la apariencia de color marrón o café puede ser indicio de hemorragia ⁽¹¹⁾.
 13. Anotar en los registros de enfermería. Fundamento: Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Permiten asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados ⁽¹⁴⁾.
6. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
 7. Verificar que no haya contenido gástrico alimenticio. Fundamento: Disminuye el riesgo de aspiración ⁽¹¹⁾.
 8. Retirar la cinta adhesiva de fijación. Fundamento: La sonda debe estar libre de fijaciones antes de extraerla ⁽¹¹⁾.
 9. Pinzar o taponear la sonda. Fundamento: El pinzamiento previene las pérdidas e impide que el aire entre en la sonda ⁽¹¹⁾.
 10. Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta si está consciente. Fundamento: De este modo, se cierra la glotis, con lo que se previene el aspirado accidental de cualquier contenido gástrico ⁽¹¹⁾.
 11. Retirar la sonda suavemente con un movimiento continuo y moderadamente rápido, en sentido rotatorio, limpiándola con gasa a medida que se va retirando. Fundamento: Relaja la faringe y disminuye la irritación y el peligro de broncoaspiración ⁽¹¹⁾.
 12. Depositar la sonda en la bolsa de residuos contaminados. Fundamento: La eliminación correcta del material previene la transmisión de microorganismos ⁽¹¹⁾.
 13. Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca. Fundamento: El papel del enfermero es de extrema importancia en la satisfacción de las necesidades, en la potenciación y readaptación de las capacidades y en la garantía de la dignidad del paciente ⁽¹³⁾.

Retirada

1. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
2. Colocar el EPP: mascarilla, mandilón, guantes no estériles. Fundamento: El EPP, son dispositivos, materiales e indumentaria personal para proteger del riesgo laboral y de la amenaza a la seguridad y a la salud ⁽⁴⁾.
3. Identificar al paciente. Fundamento: Asegura que el paciente es el correcto ⁽⁶⁾.
4. Informar al paciente o cuidador el procedimiento a realizar explicándole que puede ocasionar alguna molestia nasal o náuseas. Fundamento: Un paciente bien informado ofrece una mejor cooperación para que el procedimiento sea más fácil y menos traumático ⁽⁶⁾.
5. Colocar al paciente en posición semifowler. Fundamento: La posición semifowler evita la aspiración de contenido gástrico ⁽¹¹⁾.
6. Realizar higiene de las manos. Fundamento: La higiene de las manos es una medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano ⁽³⁾.
7. Anotar en los registros de enfermería. Fundamento: Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución. Permiten asegurar la continuidad de los cuidados para poder proporcionar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados ⁽¹⁴⁾.

COMPLICACIONES

1. Lesiones en mucosa oral o faríngea: epistaxis, erosión esofágica, erosión nasal. Acciones: Insertar la sonda lubricada y manipular cuidadosamente ^(6,9,11), comprobar la fijación y la posición de la sonda, diariamente ⁽¹⁵⁾, cambiar el esparadrapo diariamente ⁽¹⁾. En caso de enrojecimiento o lesión, cambiar la sonda de fosa nasal ⁽¹⁰⁾.
 2. Obstrucción de la sonda gástrica. Acciones: Después de cada toma de alimentos y medicamentos, pasar agua tibia por la sonda con ayuda de una jeringa ^(15,16).
 3. Náuseas o vómitos. Acciones: Explicar el procedimiento al paciente ⁽⁹⁾, recomendar respiración profunda por la boca después de la inserción de la sonda ⁽⁹⁾, colocar al paciente en la posición correcta, incorporándolo de 30-45 ° ^(6,8-11), detener la nutrición de 1-2 horas ⁽¹⁵⁾, si persisten los vómitos, averiguar el posible origen.
 4. Tos irritativa. Acciones: Comprobar que la sonda esté fijada según la marca establecida al momento de colocarla ^(6,8-11).
 5. Broncoaspiración por vómito al momento de su colocación. Acciones: Realizar maniobras suaves y colaboración del paciente, posicionar al paciente de decúbito lateral, aspirar las secreciones, informar al médico inmediatamente y efectivizar la radiografía de tórax y prepararse para la posible iniciación de antibióticos ⁽⁶⁾.
 6. Estomatitis y parotiditis ^(8,9). Acciones: Realizar higiene bucal con clorhexidina al 0,12 % ⁽¹⁷⁾.
- La auscultación no es un método fiable para verificar la posición de la sonda ya que una sonda posicionada en los pulmones, la faringe o el esófago también transmite un sonido parecido al del aire entrando en el estómago ⁽⁶⁾.
 - Si el paciente desarrolla signos de aspiración, notificar al médico de inmediato ⁽⁶⁾.
 - En niños pequeños y lactantes puede ser necesaria la contención mecánica durante la colocación de la sonda y a lo largo de todo el tratamiento ⁽¹¹⁾.
 - Colocar al lactante en un asiento de lactante o con una toalla enrollada o una almohada debajo de la cabeza y los hombros ⁽¹¹⁾.
 - No hiperextender o hiperflexionar el cuello del lactante ya que se pueden ocluir las vías aéreas ⁽¹¹⁾.

Conflicto de intereses: El autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de autoría: JLAG concibió, diseñó, realizó la búsqueda de la literatura. Todos los autore participaron en la interpretación de la información, redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación de la versión final del artículo.

RECOMENDACIONES

- Si se observa obstrucción no forzar nunca la introducción de la sonda, comprobar si esta doblada a nivel de la garganta ^(6,8).
- En caso de hemorragia nasal la necesidad de taponamiento y colocar sonda orogástrica ⁽⁸⁾.
- En pacientes intubados siempre será orogástrica para prevenir sinusitis.
- Si se observa tos o posible entrada en la vía respiratoria, retirar totalmente e intentarlo de nuevo ^(6,8).
- Si aparecen náuseas que persisten, comprobar con ayuda de un depresor que la sonda no esté enrollada en parte posterior de faringe ⁽⁶⁾.
- No introducir líquido alguno hasta verificar la correcta ubicación de la sonda ⁽⁸⁾.
- Cuando la ubicación del contenido aspirado sea dudosa la comprobación radiológica es lo ideal ⁽⁶⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bello M, Martínez F. Seguridad del paciente en la colocación de sonda nasogástrica. [internet]. Universidad Cooperativa de Colombia seccional Santa Marta; 2019 [citado el 15 de mayo del 2021]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/15472/1/2019_seguridad_sonda_paciente.pdf
2. Estrada M. Sonda nasogástrica en árbol bronquial derecho. Rev Med Hered. 2017; 28(1): 60-0. Doi: 10.20453/rmh.v28i1.3076
3. Ministerio de Salud. Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud. [internet]. Lima; 2016 [citado el 19 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3554.pdf>
4. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el uso de los equipos de protección personal por los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud. [internet]. Lima; 2020 [Citado el 16 de setiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/783241-456-2020-minsa>
5. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. [internet]. Lima: Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, MINSA; 2018 [citado el 17 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf>
6. Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermería. 8va ed. Madrid: Harcourt. 2013.

7. Ministerio de Salud. Reglamento de la ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. [internet]. Lima; 2015 [citado el 17 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1302/050820151120281.pdf>
8. García E, Gavilán A, Gavilán M. Técnica enfermera en la colocación de una sonda nasogástrica. [Internet]. Rev portales médicos; 2017 [citado el 18 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnica-colocacion-sonda-astrica/#:~:text=INTRODUCCI%C3%93N,es%C3%B3fago%20hasta%20llegar%20al%20est%C3%B3mago>
9. Plazas L. Cómo colocar una sonda nasogástrica. Enfermería Buenos Aires.com [Internet] 2019. [citado el 18 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/como-colocar-una-sonda-nasogastrica>
10. Wedd A. Enfermería fácil procedimientos en enfermería. [Internet]. 2nd ed. L'Hospitalet de Llobregat. España: Wolters Kluwer; 2016 [citado el 18 de setiembre del 2021]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Uktxj81hcUGRVax8QPGvB5fBMPydHBYS/w?fbclid=IwAR3xL0x0Sd4R8MprjyEeAZzsAM68Kx6_85FbjcfyklpKd0UvXcTUBEqsbo
11. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. Volumen 1, 9na.ed. Madrid: Pearson Educación S.A. 2013.
12. Barbosa F, Dias S, Baena M, Kakuda A, Medeiros A, Valentim E. Procedimientos de medición y verificación de posicionamiento de la sonda gástrica en recién nacidos: revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermería. 2017;25:1-13. Doi: 10.1590/1518-8345.1841.2908
13. Faria J, Pontífice P, Gomes J. La comodidad del paciente en cuidados intensivos - una revisión integradora. *Enferm. glob.* 2018;17(50):477-514. Doi: 10.6018/eglobal.17.2.266321.
14. Pomacosi R. Cuidados de Enfermería en la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados, en unidad de cuidados intensivos de hospitales Manuel Núñez butrón de puno y Carlos Monge Medrano Juliaca - 2019. [tesis para título profesional]. Puno: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional del Altiplano; 2020. 68p. [Citado el 22 de mayo del 2021]. Disponible en: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13341/Pomacosi_Ramos_Richard_Marlon.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Zúñiga L, Rodríguez M, Hernández T. Cuidados al paciente con nutrición enteral (NE). *Salud Castilla y León [internet]*. 2017. [consultado el 24 de mayo del 2021]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2017.ficheros/1204875-2017%20Protocolo_%20Nutricion%20enteral-%20evidencia.pdf
16. Motta, M. Protocolo de enfermería en el manejo de la nutrición enteral. [trabajo final integrador]. Universidad Nacional de Córdoba; 2016. 34p. [citado el 20 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/motta-maria-de-los-angeles.pdf>
17. Rueda S. Inhibición del crecimiento de *Porphyromonas Gingivalis*, con 4 antisépticos orales: clorhexidina 0.12%, aceites esenciales, perborato de sodio 78,7 g, y cloruro de cetilpiridinio. [Proyecto de investigación]. Quito: Universidad central del Ecuador; 2017. 86p. [consultado el 25 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9248/1/T-UCE-0015-538.pdf>