






CAPÍTULO III



Procedimientos relacionados con la alimentación

3.1. ALIMENTACIÓN ORAL

3.1.1. Administración de la dieta oral

- **Definición:**  Aportar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo presentando déficit de autocuidados en la alimentación.
- **Objetivos:**
 - Administrar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud, aspectos culturales y creencias religiosas.
 - Administrar los cuidados de enfermería necesarios en la ingesta.
 - Educar al paciente y familia en los cuidados de la administración de la dieta oral.
- **Equipo:**
 - Vaso y platos.
 - Mesa.
 - Toalla.
 - Bandeja.
- **Material:**
 - Dieta prescrita.
 - Cañitas flexibles.
 - Cubiertos.
 - Servilletas.
 - Empapador.
 - Registros de enfermería.
- **Procedimiento:**
 - Realizar lavado de manos.
 - Identificar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia de la dieta.
 -  lorar las preferencias culturales o religiosas del paciente en relación con la alimentación
 - Revisar los artículos de la bandeja, comparándolos con los de la tarjeta. Arreglar la bandeja si fuera necesario.
 - Crear un ambiente placentero durante la comida.
 - Proporcionar alivio adecuado al dolor antes de las comidas, si procede.
 - Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarlo si fuera necesario.
- Ayudar al paciente a colocarlo en posición adecuada (sentado en posición recta, con la cabeza y cuello ligeramente flexionados)
- Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Dar tiempo suficiente para la ingesta.
- En pacientes que precisen ayuda para comer:
 1. Administrar cantidades pequeñas a pacientes adultos de edad avanzada y con alteraciones neurológicas. Valorar masticación, deglución y fatiga.
 2. Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. Cortar la comida en piezas pequeñas.
 3. Acompañar la comida con agua, y ofrecérsela cuando la solicite.
- Proporcionar las comidas a temperatura adecuada.
- Solicitar al paciente que nos avise cuando haya acabado de comer.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Observar y anotar la cantidad ingerida.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Retirar la bandeja.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Posponer la comida si el paciente estuviera fatigado.
- Si es posible, ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrada la existencia o no de alergias o intolerancias a alimentos.	
Registrada valoración de la ingesta del paciente tras las comidas.	
Higiene bucal adecuada tras las comidas.	

3.1.2. Prevención de la aspiración durante la alimentación oral

• **Definición:** 

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo de broncoaspiración en el paciente.

• **Objetivo:**

Evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral.

• **Equipo:**

Ver equipo del procedimiento administración de la dieta oral.

• **Material:**

- Ver material del procedimiento administración de la dieta oral.
- Alimentos pastosos.
- Espesantes.
- Gelatina.

• **Procedimiento:**



Seguir procedimiento administración de la dieta oral.

- Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad para tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos y utilizar agentes espesantes.
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
- Insistir a los pacientes con hemiplejía que mastiquen por el lado no afecto.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Valorar la aparición de signos de dificultad como: tos, disnea, babeo, etc.
- Mantener al paciente incorporado 30 a 60 minutos después de la ingesta para evitar el reflujo gastro-esofágico.
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.
- Retira la bandeja.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrada valoración de la ingesta del paciente.	
Registrada la existencia de dificultad para tragar y medidas de prevención de la aspiración.	
Equipo de aspiración preparado para su uso.	

3.1.3. Progresión de la dieta oral

• **Definición:** 

Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según la tolerancia del paciente.

• **Objetivo:**


Facilitar la absorción y digestión de la dieta a través de la modificación de la textura de la misma.

• **Material:**

- Dieta prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Corroborar la prescripción facultativa de dieta progresiva.
- Determinar la presencia de sonidos intestinales y la salida de flato.
- Comprobar la tolerancia al agua del paciente, si la tolerancia es buena iniciar progresión.

 progresión de la dieta debe seguir las siguientes fases: dieta líquida, semi-blanda, blanda y basal.

- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Registrar en la documentación de enfermería la tolerancia y la etapa de la progresión de la dieta en la que se encuentra el paciente.

• **Observaciones:** 

- Dieta líquida: destinada a pacientes que tras un periodo de ayuno o bien tras una cirugía, no puede establecer una dieta completa. Compuesta por pequeñas cantidades de alimento, con texturas fluidas y alimentos de fácil digestión.

- Dieta semiblanda: es una dieta de progresión, por lo que aumenta la consistencia, con las mismas indicaciones que la anterior.
- Dieta Triturada: problemas de masticación y deglución.
- Dieta blanda o blanda mecánica: sirve como progresión a la basal, por lo que posee una textura suave y de fácil masticación. No se aceptan vegetales crudos, cereales completos, fritos y guisos, las grasas están limitadas sobre todo las de origen animal.
- Dieta basal o normal: es la dieta normal indicada a pacientes sin ninguna patología ni recomendación especial.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrada valoración de la tolerancia e ingesta del paciente.	
Registrada la etapa de la progresión de la dieta en la que se encuentra el paciente.	

3.2. ALIMENTACIÓN ENTERAL

3.2.1. Técnica de inserción de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• **Definición:**

Introducción de una sonda flexible en la cavidad gástrica o intestino delgado a través de las fosas nasales con fines alimenticios, terapéuticos o diagnósticos.

• **Objetivos:**

- Administrar alimentación como vía alternativa a la alimentación oral.
- Administrar medicación cuando la vía oral no es posible.
- Prevenir aspiraciones en pacientes con alteración del nivel de conciencia.
- Realizar lavado gástrico en caso de intoxicaciones.
- Extraer el contenido gástrico con fines diagnósticos y terapéuticos.

• **Equipo:**

- Toallas.
- Vaso con agua.
- Fonendoscopio.

- Batea.
- Equipo de aspiración, drenado o de alimentación.

• **Material:**


- Sonda nasogástrica estéril adecuada según el motivo del sondaje (Levin, Salem, etc.)
- Lubricante hidrosoluble.
- Cañita.
- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa para residuos.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Bolsa recolectora
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Tapón de sonda nasogástrica.
- Depresor lingual.
- Registros de enfermería.


• **Procedimiento del sondaje nasogástrico:** 

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición Fowler con la cabeza erguida .
- Colocarse los guantes no estériles.
- Examinar mucosa bucal y orificios nasales. Pedir al paciente que se suene.
- Elegir orificio nasal con mayor permeabilidad. III
- Retirar prótesis dentales.
- Colocar toalla o paño sobre el tórax del paciente.
- Comprobar que la sonda no presenta defectos y es permeable.
- Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides. Marcar la distancia con un rotulador (suele ser entre unos 45 cm y 55 cm)
- Lubricar bien el extremo distal de la sonda unos 15-20 cm con una gasa y lubricante hidrosoluble.
- Con la cabeza hiperextendida (hacia atrás) introducir la sonda a través de la fosa nasal hacia la zona posterior de la garganta. Al llegar a nasofaringe tras haber pasado los cornetes (aquí existe una pequeña resistencia) solicitar al paciente que flexione la cabeza hacia delante. Esta maniobra puede producir náuseas.

- Facilitar el procedimiento, solicitándole al paciente que beba pequeños sorbos de agua, si no es posible, insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
- Avanzar de 5 a 10 cm en cada deglución hasta llegar a la señal prefijada. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o presenta cianosis, interrumpir la maniobra y retirar la sonda.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda:
 1. Aspirar con jeringa de 50 ml para obtener contenido gástrico.
 2. Introducir de 20-30 ml de aire con la jeringa por la sonda y auscultar en el epigastrio (cuadrante superior izquierdo abdominal) para oír la entrada de aire. La ausencia de ruido indica mala colocación.
- Fijar la sonda a la nariz sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente y evitando decúbitos en fosas nasales. Si el paciente tiene una piel grasienta, limpiar primero con alcohol y dejar secar.
- Conectar al extremo de la sonda el sistema de drenaje, equipo de alimentación o pinzar la sonda con la pinza o colocar tapón de la sonda, según prescripción médica.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

 prematuros y neonatos medir la distancia desde el puente nasal hasta el extremo inferior del esternón. Para comprobar la colocación de la sonda, introducir entre 2-5 c.c de aire.

 i durante el procedimiento el paciente tiene náuseas y vómitos y no avanza la sonda, puede que exista un acodamiento o que la sonda esté doblada en la boca o garganta. Inspeccionar la boca ayudándose de un depresor y si fuese necesario retirar la sonda.

• **Procedimiento del sondaje nasointestinal:**

- Insertar la sonda nasointestinal siguiendo el mismo procedimiento que la sonda nasogástrica excepto:
 1. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho, una vez introducida la sonda para facilitar el paso al duodeno.
 2. Dejar colocada la guía hasta la confirmación radiológica de la correcta colocación de la sonda.

- Comprobar que el contenido de líquido intestinal sea menor de 30 ml o no exista (si hubiera más cantidad puede deberse a un desplazamiento de la sonda hacia el estómago)

• **Observaciones de la SNI:** 

No intentar nunca reinsertar la guía retirada, mientras la sonda de alimentación permanezca colocada (puede perforar el tracto gastrointestinal)

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado tipo, calibre y fecha de inserción y retirada de la sonda.	
Registrado control de aspiración en gráfica, si procede.	
Registro aspecto del líquido drenado y estado de las fosas nasales cada 24 horas.	
Sonda sin acodamientos.	
Conexiones sin pérdidas y sonda cerrada con tapón si no es para drenaje.	
Zona de inserción sin lesiones	
Sonda limpia.	

3.2.2. Cuidados generales en el paciente portador de sonda nasogástrica

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con sonda gastrointestinal.

• **Objetivos:**

- Mantener en buen estado y funcionamiento la sonda gastrointestinal.
- Evitar las posibles complicaciones producidas por la sonda (úlceras por presión, sequedad de mucosa oral, etc.)
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la sonda nasogástrica.

• **Equipo:**

- Equipo de aspiración y drenado.
- Carro de curas.

• **Material:**

- Esparadrapo antialérgico.
- Sonda nasogástrica.
- Torundas de algodón
- Vaselina crema.
- Guantes no estériles.
- Colutorios comerciales.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**



- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Enseñar al paciente y familia como moverse para evitar desplazamiento o tirones.
- Realizar higiene bucal con enjuagues 3 veces al día. Lubricar labios con vaselina, si precisa.
- Realizar higiene nasal con torundas de algodón.
- Cambiar apósito fijador c/24 h.y movilizar la sonda para evitar lesiones en mucosa gástrica y fosa nasal.
- Lavar la sonda con agua (50 ml) cada 8 horas, tras las comidas y cuando vaya a permanecer cerrada. Tras la administración de medicación lavar con 20-25 ml de agua.
- Observar cada 8 horas la cantidad, color y consistencia del líquido drenado.
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción del tubo.
- Cambiar la sonda: PVC o polietileno cada 7-14 días, silicona o poliuretano cada 2-3 meses.
- Dejar al paciente en posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, el motivo, aspecto de la piel circundante, cantidad y características del líquido drenado, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



sonda no se movilizará en caso de que el paciente haya sido sometido a cirugía esofágica y gástrica.

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado tipo, calibre y fecha de inserción y retirada de la sonda.	
Registrado control de aspiración en gráfica, si procede.	
Registro aspecto del líquido drenado y estado de las fosas nasales cada 24 horas.	
Sonda sin acodamientos.	
Conexiones sin pérdidas y sonda cerrada con tapón si no es para drenaje.	
Zona de inserción sin lesiones	
Sonda limpia.	

3.2.3. Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• **Definición:**

Extracción de la sonda nasogástrica o nasointestinal del interior del paciente.

• **Objetivo:**

Retirar la sonda cuando el paciente ya no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de clampar.
- Equipo para higiene bucal.

• **Material:**

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Gasas.
- Guantes desechables no estériles.
- Material para higiene bucal.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**



- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material .
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento y que puede ocasionar alguna molestia nasal o náuseas.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Ponerse los guantes no estériles.
- Colocar un empapador encima del tórax del paciente.
- Desconectar la sonda del sistema de aspiración o del equipo de nutrición enteral, si lo hubiera.
- Introducir 10 c.c de aire o agua por la sonda para que no contenga contenido gástrico al retirarla (en pacientes pediátricos de 3-5 c.c. de agua)
- Retirar las fijaciones de la sonda.
- Pinzar la sonda.
- Pedir al paciente que retenga la respiración para que así se cierre la epiglotis.
- Retirar la sonda suavemente y sin pausa.
- Depositar la sonda en la bolsa de residuos.
- Limpiar los residuos adheridos a la nariz.
- Proporcionar material para la higiene bucal.
- Mantener durante 30 min al paciente en posición semi-fowler para prevenir aspiración.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales (vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc.) y comunicarlo al médico.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado tipo, calibre y fecha de inserción y retirada de la sonda.	
Registrado control de aspiración en gráfica, si procede.	
Registro aspecto del líquido drenado y estado de las fosas nasales cada 24 horas.	
Sonda sin acodamientos.	
Conexiones sin pérdidas y sonda cerrada con tapón si no es para drenaje.	
Zona de inserción sin lesiones	
Sonda limpia.	

III

3.2

3.2.4. Alimentación enteral por sonda

• **Definición:**

Aporte de nutrientes y agua a través del tubo digestivo por medio de sonda.

• **Objetivos:**

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Aportar los nutrientes y agua necesarios utilizando una vía lo más fisiológica posible.
- Mantener la función intestinal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la alimentación por sonda.

• **Equipo:**

- Bomba de infusión de nutrición enteral.
- Fonendoscopio.
- Pinza de clamp.
- Soporte de gotero.
- Vaso.

• **Material:**

- Agua.
- Bolsa para administración de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Guantes no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda para alimentación de nutrición enteral.
- Tapón para la sonda nasogástrica.
- Toallitas de celulosa.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:** 

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición Fowler durante el procedimiento y hasta una hora después de la administración de la nutrición.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda y su permeabilidad antes de cada toma.
- Comprobación de la tolerancia antes de cada toma y cambio de botella, verificando que el residuo no sea superior a 100 ml en pacientes adultos (volver a introducir el residuo).

Administración intermitente en bolo:

Pinzar la sonda.

Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la sonda.

Rellenar con el preparado comercial.

Despinzar la sonda.

Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión.

Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml de agua en adultos y no más de 10 ml en niños.

Administración intermitente por gravedad:

Pinzar la sonda.

Conectar el sistema de goteo a la botella del preparado comercial y a la sonda.

Despinzar sonda. Colgar el recipiente en un pie de gotero a unos 30 cm por encima de la sonda.

Regular la velocidad de goteo.

Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml agua en adultos y 10 ml en niños.

Administración infusión continua por bomba:

Pinzar la sonda.

Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la sonda y programar el ritmo.

Comprobar tolerancia cada 4-8 horas o cambio de botella.

Lavar la sonda con agua cada 8 horas con 25 ml de agua y siempre que se administre medicación o cambio de botella.

Cambiar sistema y bolsa de alimentación cada 24 horas.

- Cuando haya pasado una hora tras la administración de la nutrición enteral, dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, ingesta, fecha y hora, tolerancia y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- En lactantes o niños pequeños aconsejar a la madre/ padre que lo coja en brazos o incluso le ponga el chupete si lo usa, pues les proporciona comodidad, apoya el instinto normal de mamar y facilita la digestión.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Realizar higiene bucal para evitar posibles irritaciones.
- Se utiliza siempre que exista alguna dificultad en la ingesta oral en pacientes con funcionamiento correcto del intestino.
- Mantener las fórmulas nutricionales en lugar seco, no expuestas al sol y a temperatura ambiente. Los productos nutricionales no deben permanecer abiertos más de 12 horas.
- Vigilar la aparición de vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc. si aparecen comunicarlo al médico.
- Pesar cada 72 horas, si las condiciones del paciente lo permiten.
- Medir la diuresis cada 24 horas y las deposiciones observando el número y aspecto.

Formas de administración de la nutrición enteral:

1. Bolus con jeringa: método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos, diarrea y distensión abdominal. Se suele administrar 300- 500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
2. Goteo por bomba de infusión: es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.
3. Continuo: método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
4. Intermitente: 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado valoración de la tolerancia antes de cada toma y cada 24 horas.	
Registrado control de ingesta en gráfica cada 24 horas	
Sonda sin acodamientos.	
Material utilizado para la alimentación limpio y sin restos orgánicos.	

3.2.5. Alimentación enteral por gastrostomía/yeyunostomía

• **Definición:**

Aporte de nutrientes y agua a través de una gastrostomía/yeyunostomía.

• **Objetivos:**

- Proporcionar una nutrición equilibrada al paciente para mantener un estado nutricional óptimo.
- Mantener la función intestinal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la gastrostomía/yeyunostomía.


• Equipo:

- Bomba alimentación enteral.
- Fonendoscopio.
- Soporte de gotero.


• Material:

- Bolsa de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Apósito fijador.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda gastrostomía/yeyunostomía.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir procedimiento alimentación enteral por sonda.
-  Comprobar ruidos intestinales.
- Comprobar residuo gastrointestinal (no debe ser > 30 ml antes de iniciar alimentación en la yeyunostomía).
- Pasar 30 ml de agua por sonda antes de la alimentación (en niños no más de 5 ml).
- Administrar la alimentación en infusión continua.
- Técnica aséptica si el estoma no esta cicatrizado.
- Fijar la sonda al abdomen para evitar tracciones o contaminación.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, estado de la piel circundante al estoma, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Si no hay ruido intestinal, avisar al médico.
-  En la limpieza e higiene de la piel circundante al tubo de gastrostomía deben evitarse compuestos químicos que contengan alcohol o benzoína ya que puede irritar y afectar a la misma. Así como evitar el frotado de la piel circundante a la gastrostomía
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema, pero sí máxima higiene.
- Realizar higiene bucal para evitar posibles irritaciones.
- La temperatura de la nutrición debe estar temperatura ambiente.

- Anotar y comunicar al médico las incidencias como vómitos, diarrea, distensión abdominal, molestias abdominales.

Formas de administración de la nutrición enteral:

5. Bolus con jeringa: método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos, diarrea y distensión abdominal. Se suele administrar 300-500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
6. Goteo por bomba de infusión: es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.
7. Continuo: método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
8. Intermitente: 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado valoración de la tolerancia antes de cada toma y cada 24 horas.	
Registrado control de ingesta en gráfica cada 24 horas	
Sonda sin acodamientos.	
Material utilizado para la alimentación limpio y sin restos orgánicos.	

3.3. ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL

• **Definición:** 

Aporte por vía intravenosa de macro y micronutrientes en cantidades que sean suficientes y equilibradas.

• **Objetivos:**

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Proporcionar al paciente las sustancias nutritivas por una vía central cuando no

puede tolerar la alimentación oral o enteral.

- Prevenir complicaciones (tanto metabólicas como infecciosas)

• **Equipo:**

- Paños estériles.
- Soporte de gotero.
- Bomba perfusión.
- Termómetro

• **Material:**

- Bolsa de alimentación parenteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Hoja de tratamiento.
- 1 Jeringa estéril de 5-10 ml.
- 1 aguja intravenosa.
- 1 ampolla de suero fisiológico de 10 ml.
- Medicación prescrita.
- Sistema de bomba de perfusión.
- Solución antiséptica.
- Etiquetas y rotulador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:** 

- Realizar lavado de manos.
- Identificar la unidad nutriente.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes estériles.
- Antes de conectar la alimentación, comprobar estado catéter central: la permeabilidad con suero fisiológico y los signos y síntomas de contaminación.
- Preparar con rigurosa asepsia la alimentación.
- Desinfectar con solución antiséptica el extremo distal del catéter central.
- Conectar sistema al catéter y programar el ritmo de perfusión de la alimentación según la prescripción de farmacia.
- Realizar balance hídrico.
- Realizar control de temperatura del paciente por turno.

- Recoger el material y desechar al contenedor según criterios de segregación de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: fecha de comienzo, tolerancia, ritmo, resultados analíticos, posibles incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



no administrar fármacos, hemoderivados o sueros por la misma vía de la nutrición parenteral total.

- Utilizar una luz del catéter sólo para NPT: no utilizar para administrar hemoderivados o tomar la presión venosa central.
- Controlar peso del paciente y las glucemias capilares según la prescripción facultativa.
- Evitar manipulaciones del sistema.
- Administrar la nutrición siempre por bomba de perfusión.
- Seguir estrictas medidas de asepsia en cualquier manipulación.
- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente, si esto ocurriera se administrará suero glucosado al 10 % al mismo ritmo para evitar hipoglucemias.
- Las soluciones cuyo color haya cambiado, desecharlas.
- Las unidades de nutrición han de conservarse en nevera hasta un máximo de 72 horas.

Elección y mantenimiento de vías en la NPT:

- Utilizar una vía central como vía de elección.
- Las venas más usuales suelen ser la subclavia y la yugular pues presentan menor incidencia de contaminación e infección que las venas inferiores como la femoral.
- Cubrir con un apósito de gasa estéril impregnada en solución antiséptica la unión del catéter y el equipo de infusión.
- Revisar cada 24 horas el punto de inserción del catéter mediante palpación y técnica estéril; si no hay dolor a la palpación, sustituir el apósito cada 72 horas, en cambio, si existe dolor levantar el apósito y observar los signos y síntomas de inflamación e infección. Si es positivo retirar el catéter y si es negativo cambiar el catéter cada 15 días.
- Cambiar el equipo de infusión de nutrición parenteral total y la unidad nutriente cada 24 horas de forma estéril.

• **Bibliografía:**

- Grupo NADYA. Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria.[monografía en Internet] Edita grupo NADYA-SENPE. Zaragoza 2003[citado en 12 noviembre 2006]. Disponible en: http://www.senpe.com/publicaciones/senpe_manuales/senpe_manual_nadya.pdf
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento: fecha de comienzo, ritmo y tolerancia del paciente.	
Balance de nutrición en gráfica	
Registro de valoración del aspecto del apósito cada 24 horas y cuando haya incidencias	
Vía exclusiva para nutrición parenteral.	
Bomba o dispositivo de infusión programados a ritmo adecuado	
Conexiones protegidas con solución antiséptica	
Cambio de los sistemas de infusión diario.	
Correspondencia entre la bolsa y la hora y fecha indicada (margen de 1 hora)	