

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE TRANSICIÓN DE LA SONDA OROGÁSTRICA (SOG) A LA ALIMENTACIÓN ORAL COMPLETA

### I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbilidad, estancia hospitalaria prolongada y reingreso después del alta causada por deficiencias en la alimentación oral independiente del neonato.

### II. OBJETIVOS

#### 2.1. Generales

Unificar procedimientos con el equipo multidisciplinario en la transición de la alimentación por SOG a la alimentación oral completa, basado en la madurez individual de las habilidades motoras orales y conductuales del neonato para contribuir al éxito de la alimentación segura y eficaz.

#### 2.2. Específico

Establecer los criterios para la transición efectiva de la SOG a la alimentación oral completa basado en la alimentación receptiva y maduración de las habilidades motoras orales de la coordinación de la succión, deglución y respiración (S-D-R).

Prevenir complicaciones respiratorias asociadas a neumonía aspirativa y reingresos.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Servicios de Unidad de Cuidados de Intensivos Neonatales e Intermedios del Departamento de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal

### IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Procedimiento transición de la SOG a la alimentación oral completa con código CIE 10 P 92 y código CPMS:[1] 99188.01 Colocación de sonda orogástrica/nasogástrica

### V. DISPOSICIONES GENERALES

#### 5.1. Definición del procedimiento

La transición de la SOG a la alimentación oral completa es el procedimiento de evaluación de la succión nutritiva basado en el reconocimiento de la alimentación receptiva y maduración de las habilidades motoras orales con estabilidad cardiorrespiratoria y conductual del neonato durante la alimentación.

La alimentación receptiva: Es la capacidad del cuidador de reconocer, comprender y responder a las señales conductuales de hambre, saciedad y estrés del neonato con la finalidad de favorecer su autorregulación durante la alimentación.

La habilidad motora oral: Es la capacidad de coordinar la succión, deglución y respiración durante la toma del volumen prescrito en un periodo de tiempo apropiado, manteniendo la estabilidad cardiorrespiratoria y el estado conductual

del neonato. Esta habilidad motora oral es valorada en la alimentación parcial con jeringa y en pecho materno.

## 5.2. Recursos

### 5.2.1 Recursos Humanos

- ✓ Fisioterapeuta cardiorespiratorio
- ✓ Enfermera
- ✓ Médico pediatra- neonatólogo
- ✓ Técnico en enfermería
- ✓ Madre y/o familiar.

### 5.2.2 Recursos Materiales

- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Estetoscopio neonatal
- ✓ Oxímetro de pulso
- ✓ Jeringa descartable 20 cc
- ✓ Frasco etiquetado con leche materna y/o fortificada según indicación médica
- ✓ Guía de signos de estrés.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. Descripción detallada del procedimiento

#### 6.1.1. Preparación

- ✓ Realizar medidas de bioseguridad antes del procedimiento.
- ✓ Revisar la historia clínica, informarse del estado clínico y diagnóstico médico actual.
- ✓ Monitorizar la Fr, Fc y S02 antes, durante y después de la alimentación.
- ✓ Verificar el tipo de leche y volumen indicado por el médico.

#### 6.1.2. Evaluación del estado conductual

- ✓ Verificar la posición adecuada del neonato para la alimentación. Posición semisentada en 45 ° con apoyo en isquion y apoyo de cabeza en la línea media.
- ✓ Valorar el estado de alerta. El neonato debe de mantenerse despierto con un estado de conciencia de 4 ó 5 según escala de Brazelton y debe ser capaz de mantenerla durante toda la toma.
- ✓ Reconocer e interpretar las señales conductuales de hambre, saciedad y estrés. Si el neonato presenta estrés facilitar la autorregulación o detener el procedimiento.

#### 6.1.3. Evaluación de las respuestas motoras orales adecuadas en succión no nutritiva

- ✓ Valorar la presencia de los reflejos orales de búsqueda, puntos cardinales y protrusión lingual.
- ✓ Valorar la intensidad del reflejo nauseoso y reflejo de mordida. Si están muy activos detener el procedimiento de evaluación.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

- ✓ Valorar presencia de los patrones motores orales adecuados de ascenso y descenso de la mandíbula, los movimientos anteroposteriores de la lengua y del selle labial.
- ✓ Valorar la estabilidad cardiorrespiratoria y conductual.
- ✓ Si el neonato desatura, presenta señales de estrés o no presenta los reflejos ni los patrones motores orales adecuados detener el procedimiento de evaluación.

#### 6.1.4. Evaluación de las habilidades de alimentación oral

- ✓ Valorar la succión nutritiva, los patrones motores orales adecuados y la coordinación de la succión, deglución y respiración.
- ✓ Administrar la dieta indicada con una jeringa de 20cc, colocando su borde superior suavemente sobre el labio inferior y esperar la succión activa del neonato.
- ✓ Verificar la estabilidad cardiorrespiratoria durante toda la toma.
- ✓ Reconocer las señales de hambre, saciedad y estrés para iniciar o terminar la alimentación. Si persiste señales de saciedad, estrés o pobre estado de alerta detener la succión nutritiva.
- ✓ Estimar la capacidad de autorregulación del neonato durante toda la toma.
- ✓ Valorar la habilidad de alimentación parcial con jeringa. Si el neonato succiona y deglute coordinadamente el 50 % del volumen de la dieta por jeringa y el 50% por SOG durante cada alimentación y 1-2 veces alimentación completa con jeringa en un día con FR, FC y S02 dentro de los rangos fisiológicos, mantiene el estado de alerta despierto, no se observan señales de estrés, la indicación es continuar alimentación con jeringa y SOG.
- ✓ Valorar la habilidad de alimentación total con jeringa. Si el neonato activamente succiona, deglute y respira coordinadamente el 100 % del volumen de la dieta durante las 8 tomas con FR, FC y S02 dentro de los rangos fisiológicos, mantiene buen estado de alerta y sin señales de estrés durante 24 horas, la indicación es retirar SOG.
- ✓ Valorar la habilidad de alimentación parcial de pecho materno. Si el neonato succiona, deglute y respira coordinadamente del pecho materno durante 5- 6 tomas del día y resto por jeringa con FR, FC y S02 dentro de los rangos fisiológicos, mantiene buen estado de alerta y sin señales de estrés durante 48 horas, la indicación es el alta.
- ✓ Valorar la habilidad de alimentación completa de pecho materno. Si el neonato succiona, deglute y respira coordinadamente sus 8 tomas del día con FR, FC y S02 dentro de los rangos fisiológicos, mantiene buen estado de alerta y sin señales de estrés durante 24 horas con estabilidad fisiológica y autorregulación con adecuada ganancia ponderal de peso, la indicación es el alta.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

<b>TRANSICIÓN DE LA SOG A LA ALIMENTACIÓN ORAL COMPLETA</b>				
<b>Características</b>	<b>Alimentación parcial con jeringa</b>	<b>Alimentación completa con jeringa</b>	<b>Alimentación parcial del pecho materno</b>	<b>Alimentación completa del pecho materno</b>
Estado de alerta	Despierto	Despierto	Despierto	Despierto
Participación del neonato	Activo	Activo	Activo	Activo
Coordinación S-D-R	En proceso	Presente	Presente	Maduro
Estabilidad fisiológica (FR, FC y S02)	Presente	Presente	Presente	Presente
Señales de estrés	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
% volumen de la dieta	50% por jeringa y 50% por SOG y 1-2 veces alimentación completa por jeringa en un día.	100% en 8 tomas por 24 hrs	En 5-6 tomas del día por pecho materno y el resto de tomas por jeringa por 48 hrs.	8 tomas por 24 hrs
Indicación	Alimentar con jeringa y SOG	Retirar SOG	Alta	Alta

### 6.1.5. Requisitos

- ✓ El personal de salud y la madre encargados de alimentar al neonato deben tener la capacidad de reconocer habilidades motoras orales e interpretar las señales de estrés y dar respuestas a las necesidades del neonato para favorecer la autorregulación y la alimentación segura y eficaz.
- ✓ El neonato debe mantenerse despierto durante toda la alimentación
- ✓ El neonato debe mantener la estabilidad fisiológica durante toda la alimentación.
- ✓ El personal de salud debe de tener la disponibilidad y el tiempo necesario para administrar la alimentación.
- ✓ Comunicación permanente con el equipo multidisciplinario para la toma de decisión de la transición de la SOG a la alimentación oral completa.

## 6.2. INDICACIONES

### 6.2.1. Indicaciones Absolutas.

- ✓ Neonato mayor o igual a 34 SEG Hemodinámica estable.
- ✓ Neonato con encefalopatía, DBP, LPV, HIV III y IV grado.

### 6.2.1. Indicaciones Relativas

- ✓ Neonatos con malformaciones cardiacas
- ✓ Neonatos con síndromes con malformaciones del sistema estomatognático.
- ✓ Neonatos con malformaciones gastrointestinales.

## 6.3. CONTRAINDICACIONES

### 6.3.1. Contraindicaciones Absolutas

- ✓ Neonatos con dificultad respiratoria
- ✓ Neonatos en ventilación mecánica invasiva
- ✓ Neonatos con ventilación no invasiva con FiO2 mayor de 0.40
- ✓ Neonato con estado de alerta 1,2,3,6, de Brazelton.

### 6.3.2. Contraindicaciones Relativas

- Neonato con cánula de traqueotomía.
- Neonato con desorganización sensorial oral moderada.

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

#### 6.4. COMPLICACIONES

Desaturación  
Neumonías aspirativas  
Pérdida de la ganancia ponderal de peso.

#### 6.5. RECOMENDACIONES

Realizar auscultación pulmonar antes, durante y después de cada toma para verificar la ausencia de aspiración.  
Monitorizar de forma permanente las funciones vitales.  
Entrenar al equipo multidisciplinario en el reconocimiento de las señales de estrés y las habilidades motoras orales del neonato durante la alimentación.  
La presencia de los patrones motores orales adecuados en succión no nutritiva no es un indicador para retirar la SOG, pues durante esta no interviene la deglución.  
Iniciar fisioterapia oportuna en neonatos con desorganización y disfunciones orofaciales para el abordaje integral del sistema respiratorio, motor y el orofacial.

#### 6.6. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Hospitales Nivel II-1, II-2, III-1, III-2

### VII. ANEXO

#### ANEXO 1:

SEÑALES DEL COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO	
Señales de estrés autonómico y visceral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pausas respiratorias</li> <li>• Taquipnea</li> <li>• Cambios de color (moteado, palmeado, cianótico, gris, ruborizado)</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Jadeo</li> <li>• Escupir</li> <li>• Hipo</li> <li>• Esforzarse como si estuviera produciendo defecación</li> <li>• Temblor y sobresalto</li> <li>• Contracciones</li> <li>• Tos</li> <li>• Estornudos</li> <li>• Bostezos</li> <li>• Suspirando</li> </ul>
Señales de estrés motor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flacidez (tronco, extremidades, facial) o Hipertonicidad (piernas, brazos, tronco, esparcimiento de los dedos, muecas faciales, protrusión lingual, mano en la cara, guardia alta, brazo, puño, pliegue fetal)</li> <li>• Actividad frenética / difusa</li> </ul>
Señales de estrés relacionados con el estado de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estados de sueño / vigilia difusos con gemidos, espasmos faciales,</li> </ul>

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

	<p>sonriente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alboroto o llanto tensos</li> <li>• Aversión de la mirada</li> <li>• Estado de alerta asustado o preocupado</li> <li>• Vigilancia tensa y con ojos vidriosos</li> <li>• Oscilaciones de estado rápido</li> <li>• Irritabilidad y excitación difusa</li> <li>• Llorando</li> </ul>
--	---

Jones LR. Oral feeding readiness in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw.* 2012 May-Jun;31(3):148-55. doi: 10.1891/0730-0832.31.3.148. PMID: 22564310.

### VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bala P, Kaur R, Mukhopadhyay K, Kaur S. Oromotor Stimulation for Transition from Gavage to Full Oral Feeding in Preterm Neonates: A Randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 2016 Jan;53(1):36-8. doi: 10.1007/s13312-016-0786-3. PMID: 26840669.
2. Lubbe W. Clinicians guide for cue-based transition to oral feeding in preterm infants: An easy-to-use clinical guide. *J Eval Clin Pract.* 2018 Feb;24(1):80-88. doi: 10.1111/jep.12721. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28251754; PMCID: PMC5901413.
3. Morag I, Hendel Y, Karol D, Geva R, Tzipi S. Transition From Nasogastric Tube to Oral Feeding: The Role of Parental Guided Responsive Feeding. *Front Pediatr.* 2019 May 9;7:190. doi: 10.3389/fped.2019.00190. PMID: 31143759; PMCID: PMC6521795.
4. Say, B., Büyüktiryaki, M., Okur, N., Kadioğlu Şimşek, G., Canpolat, F.E., Uraş, N., & Oguz, S.S. Evaluation of Syringe Feeding Compared to Bottle Feeding for the Transition from Gavage Feeding to Oral Feeding in Preterm Infants. *The Journal of Pediatric Research* 2019, 6: 94-98. DOI 10.4274/jpr.galenos.2018.98698.
5. Jones LR. Oral feeding readiness in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw.* 2012 May-Jun;31(3):148-55. doi: 10.1891/0730-0832.31.3.148. PMID: 22564310.
6. Rendón M, Serrano G. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2011, 68(4):319-327. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000400011&lng=es&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000400011&lng=es&tIng=es).