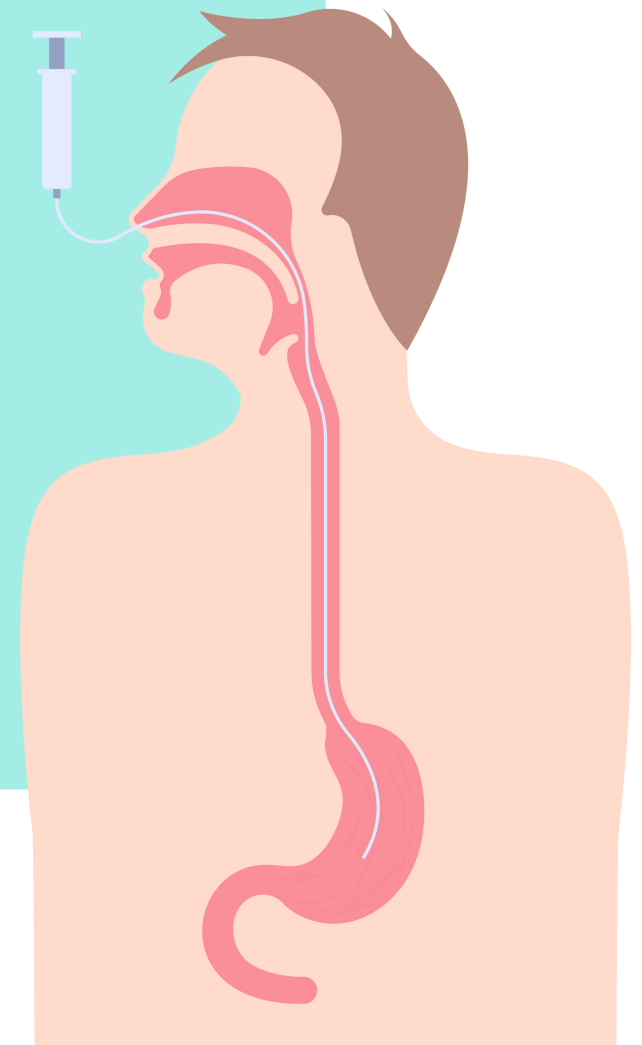




CEU
Universidad
San Pablo

SONDAJE NASOGÁSTRICO

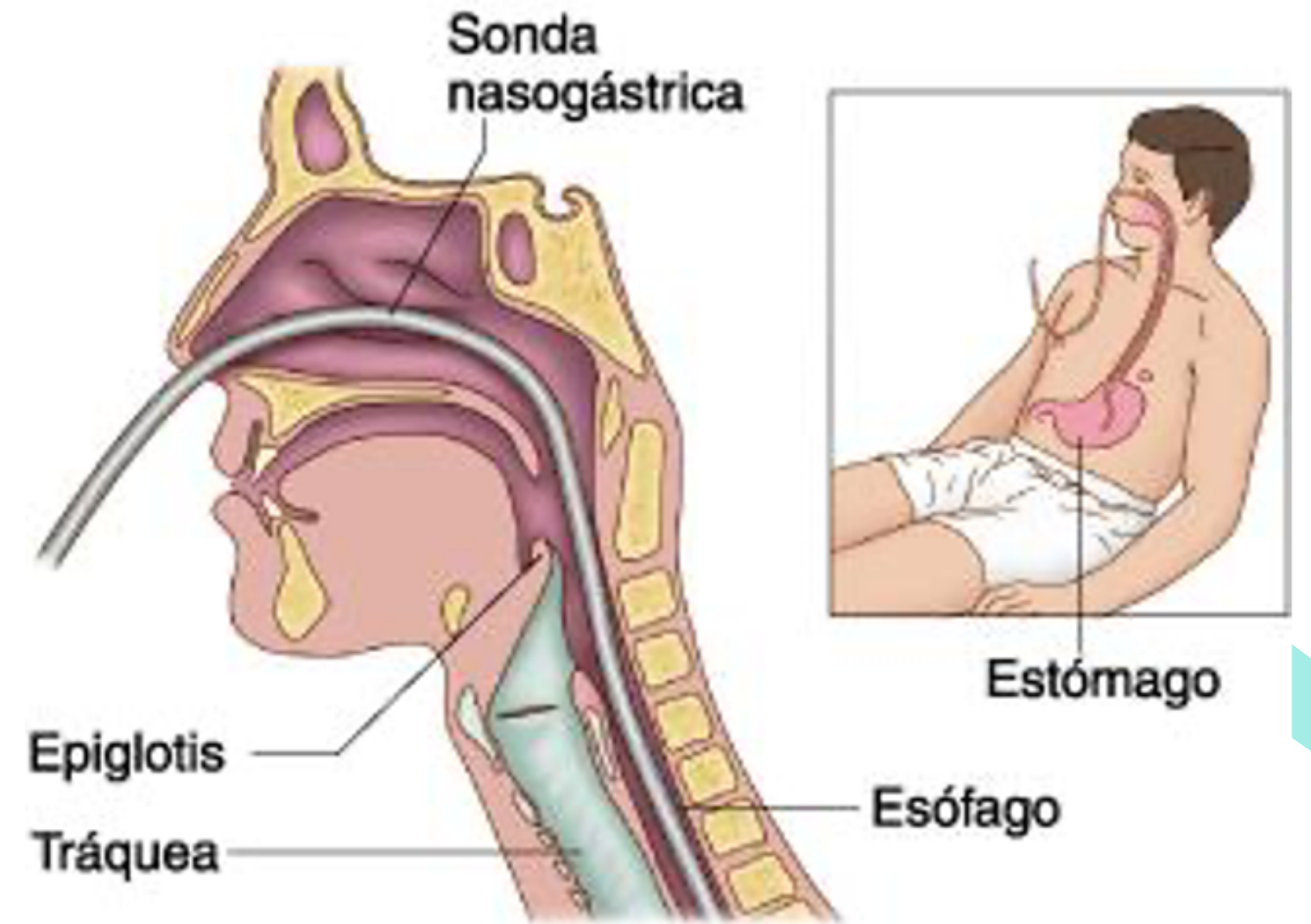


Grado Enfermería
Facultad: Medicina
Curso 2023/2024
Leonor Cortes García Rodríguez



SONDAJE NASOGÁSTRICO

El sondaje nasogástrico es una **técnica invasiva** que consiste en la introducción de un tubo flexible (silicona, poliuretano, polietileno, PVC) en el estómago, por **vía nasal**. La finalidad de la realización del procedimiento puede ser diagnóstica, preventiva o terapéutica.



INDICACIONES

Descomprimir el contenido del estómago y/o intestinos (gas, líquidos), para evitar la distensión abdominal y minimizar también las náuseas y los vómitos



Promover la cicatrización después de una cirugía abdominal mayor



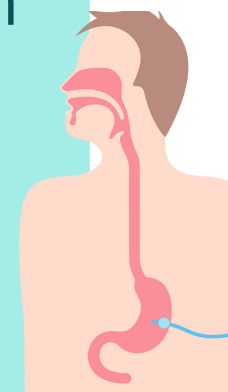
Obtener muestras para un posterior análisis



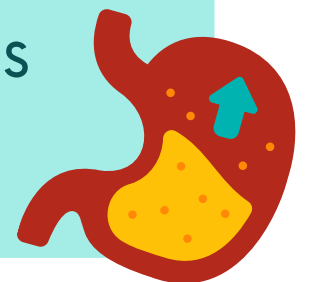
Controlar y tratar hemorragias gastrointestinales



Administrar a través de la vía enteral: nutrición, hidratación y tratamientos farmacológicos



Realizar lavados gástricos: eliminar posibles sustancias tóxicas y la realización de irrigaciones



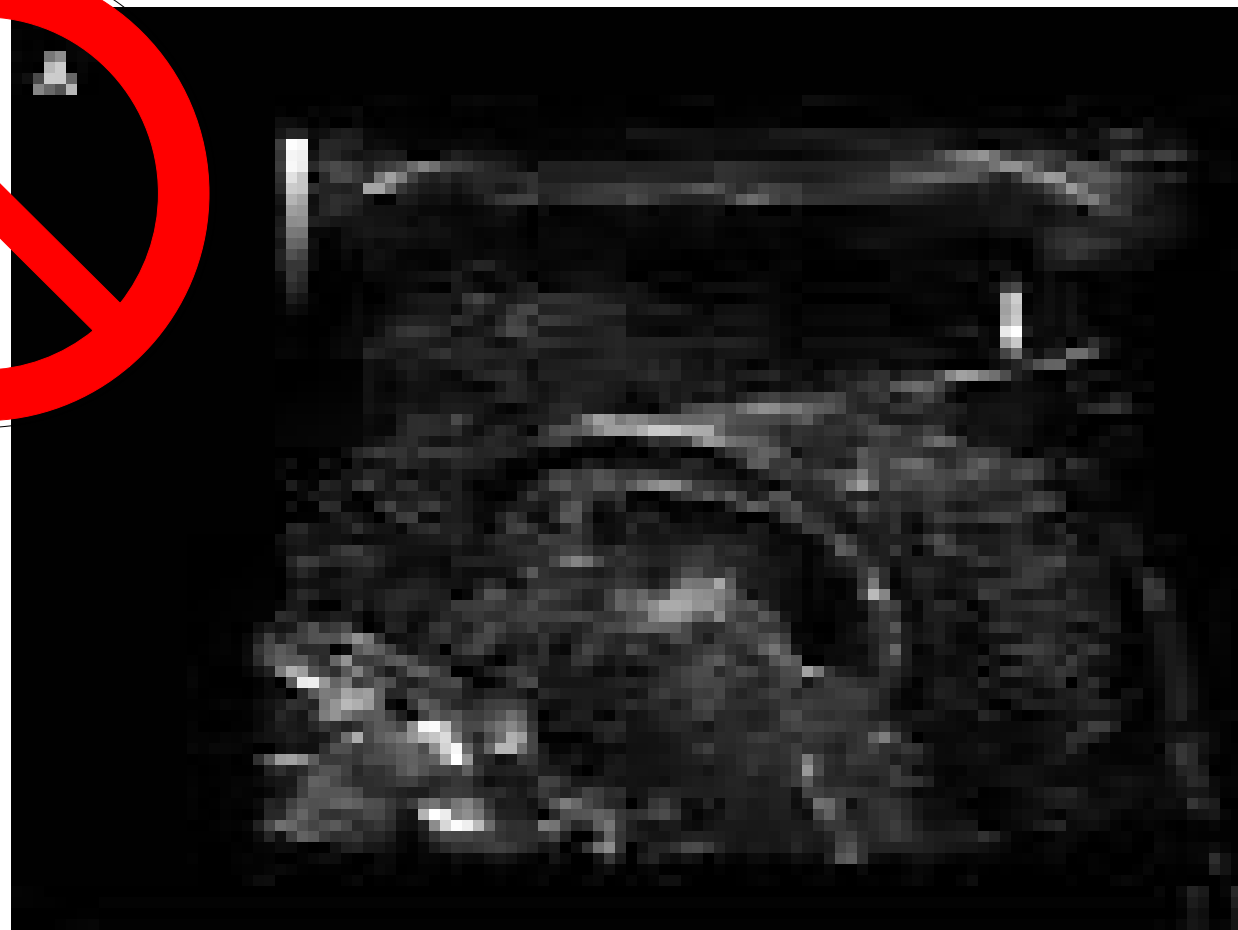
CONTRAINDICACIONES



En pacientes que hayan ingerido una sustancia caústica.

Por vía nasal, en pacientes con traumatismos faciales masivos o con posible fractura de base de cráneo.

En pacientes con disminución del nivel de conciencia, sin aislar la vía aérea previamente.



MATERIAL NECESARIO

- **Sonda**
- **Jeringa:** 60 cc estéril tipo Gullón (cono ancho) en adultos
- **Lubricante hidrosoluble**
- **Guantes no estériles**
- **Esparadrapo hipoalérgico o apósito de fijación**
- **Gasas no estériles**
- Tapón de SNG, si es preciso
- Sistema de aspiración (adultos), si es preciso
- Sonda de aspiración
- **Batea para transporte de material**
- **Bolsa colectora** adaptable a la luz de la sonda, si es preciso
- **Toalla o protector de cama**
- Tiras para la medición del Ph
- **Rotulador**



PROCEDIMIENTO

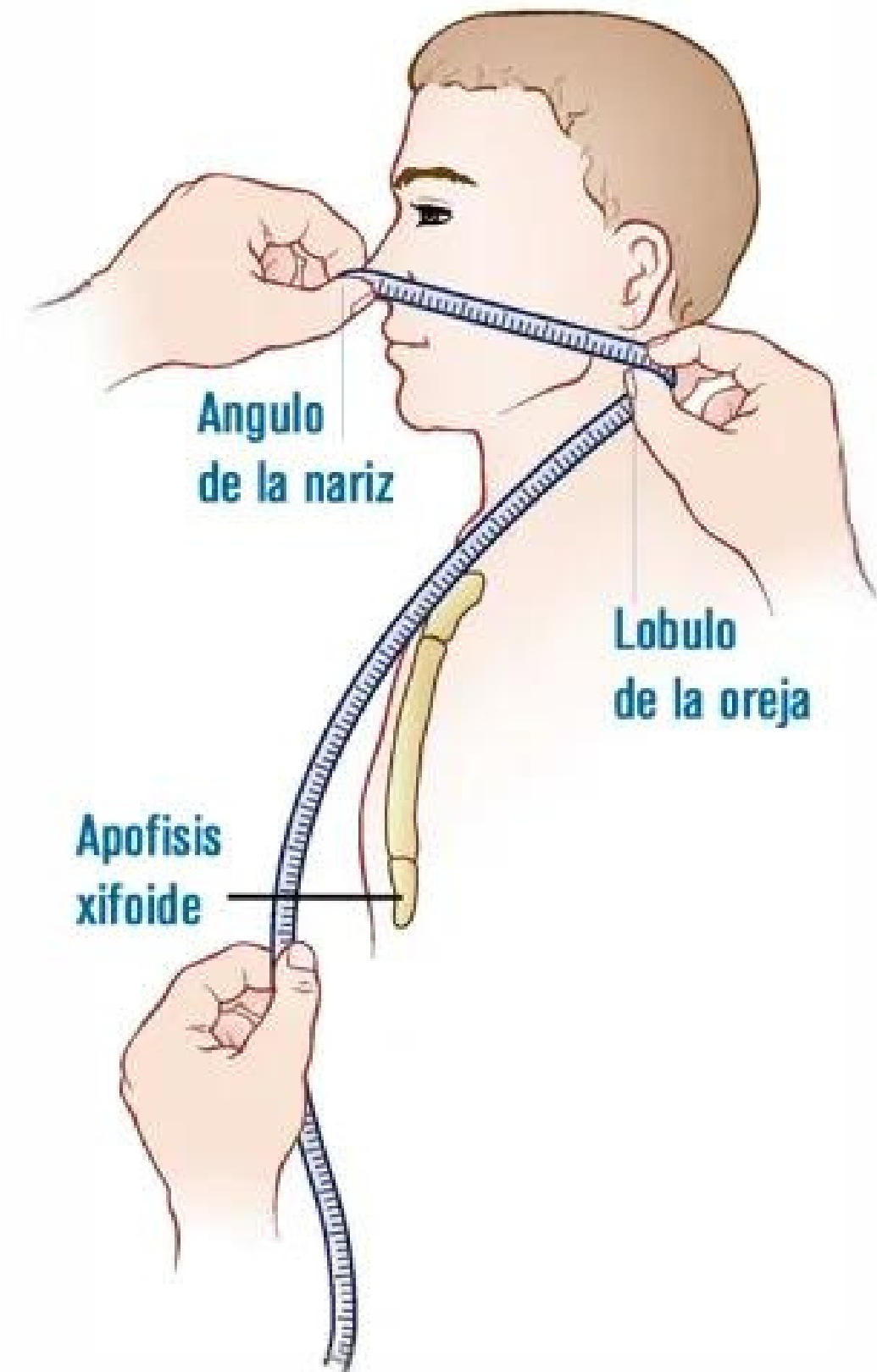
1. **Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales** para poder identificar las obstrucciones que pueden impedir la intubación.
2. **Comprobar que la SNG esté en perfectas condiciones** de uso (que no esté rota, defectuosa y que sea permeable).
3. **Medir la longitud de la sonda que se va a introducir:** desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoideo (medición NOX: Nariz-Oreja- Xifoides). Marcar la sonda con rotulador permanente. (Diapositiva 7)
4. **Lubricar la parte externa de la sonda.**
5. **Reclinar la cabeza del paciente ligeramente hacia atrás.**
6. **Introducir suavemente la sonda a través de la fosa nasal elegida, deslizándola hacia atrás** y hacia dentro a lo largo del piso de la nariz hasta la nasofaringe. Si aparecen náuseas retiraremos la sonda unos centímetros, esperaremos a que se recupere y seguiremos introduciendo la sonda. A medida que el tubo desciende hacia la nasofaringe, a menos que esté contraindicada la deglución, pedir al paciente que comience a tragar.
7. **Colocar la cabeza del paciente ligeramente inclinada hacia delante tras pasar la nasofaringe.**
8. Introducir la sonda suavemente con **movimientos rotatorios** hasta llegar al punto marcado. En los pacientes adultos y conscientes, facilitar el procedimiento solicitándole que respire por la boca y degluta durante la técnica.
9. **Fijar la sonda** con un sistema de fijación adecuado, evitar decúbitos en la fosa nasal y cuidando de dejar la marca de medición NOX visible. Tirar suavemente de ella para comprobar que no se desplaza. No interceptar el campo visual.
10. Si la sonda lleva fiador, retirarlo.
11. **Comprobar la correcta colocación** de la sonda. Si la sonda:
 - **Está** correctamente colocada, **registrar en la historia clínica** del paciente la longitud externa de esta y marcar con tinta imborrable el punto de salida de la sonda de la nariz.
 - Si **no está** correctamente colocada, **retirla**. (Diapositiva 8)
12. Según la finalidad del sondaje, conectar la bolsa colectora al equipo de alimentación o de aspiración, o bien cerrar con el tapón.
13. **Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.**
14. **Recoger el material empleado.**



**LAVADO DE MANOS ANTES
Y DESPUÉS**

MEDICIÓN DE LA SONDA

Medir la longitud de la sonda que se va a introducir: desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoideo (medición NOX: Nariz-Lobulo de la oreja- Xifoideas).

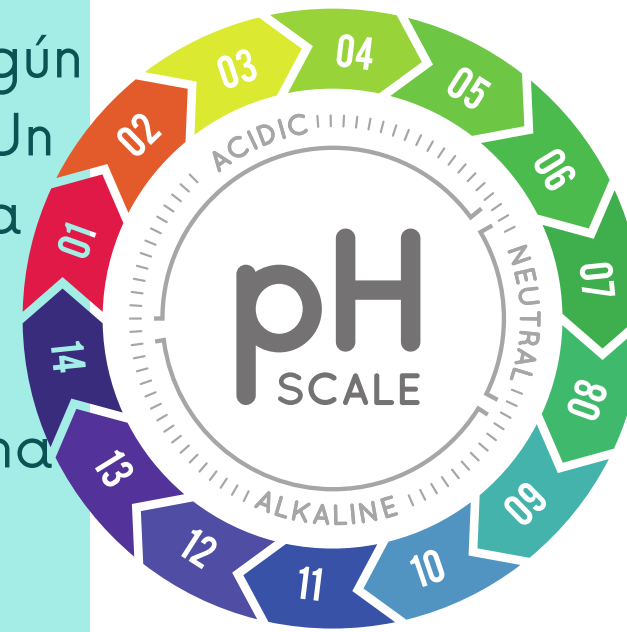


COMPROBAR COLOCACIÓN SONDA

Aspirado y pH

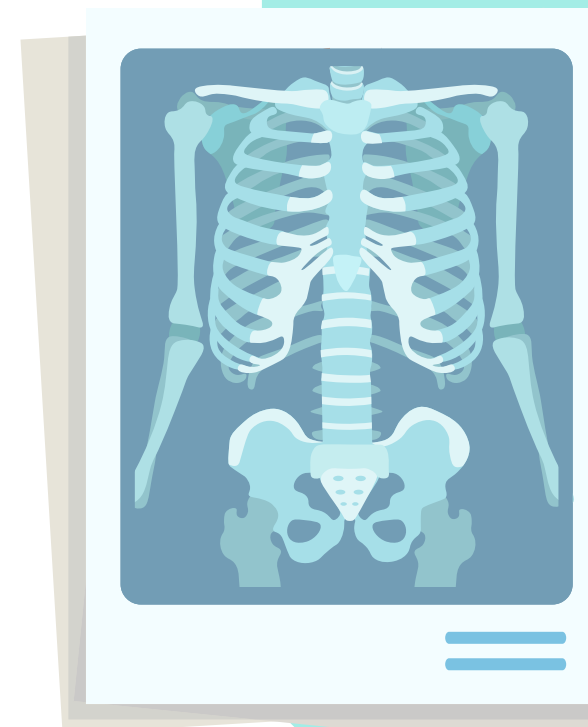
Medir el pH gástrico con tiras reactivas. El punto de corte de la lectura del pH puede diferir según las fuentes, pero nunca debe exceder de 5,5. Un pH entre 4 y 5,5 puede ser indicativo de que la sonda se encuentre a nivel esofágico y sería necesario confirmar la posición correcta mediante radiografía. Para la obtención de una muestra de aspirado por la sonda, proceder como sigue:

- Empleando una jeringa de 50-60 ml insuflar lentamente 10-20 ml de aire para limpiar la luz de la sonda y separarla de la pared del estómago.
- Si no se obtiene muestra ninguna, repetir el paso 1 y a continuación aspirar usando una jeringa de 10 ml.
- Si sigue sin obtener muestra ninguna, esperar 30 minutos y volver a repetir los pasos 1 y 2.



Control radiológico

En el caso de no poder obtener el aspirado gástrico o el nivel del pH es $>5,5$, se debe solicitar una radiografía de tórax. La comprobación radiológica de la colocación correcta de la SNG deberá venir acompañada de informe radiológico o ser valorada por el facultativo responsable, y dejar constancia en la historia clínica del paciente.



CUIDADOS DE LA SONDA



Comprobar la **posición correcta de la sonda** (verificar la marca de la medición NOX y/o medir la longitud externa de la sonda y comprobar coincidencia con lo registrado en la historia clínica) cada 24 horas

Cambiar diariamente el punto de fijación en la nariz y rotar la sonda para evitar lesiones por decúbito tanto en la fosa nasal como en la mucosa gástrica, extrayendo la sonda con movimientos rotatorios unos 2-3 cm e introducirla nuevamente hasta la marca señalada.

Mantener la **permeabilidad de la sonda**

RETIRADA DE LA SNG

1. **Cubrir el pecho del paciente** con una toalla y proporcionarle pañuelos desechables.
2. **Desconectar la sonda del sistema de aspiración o de la alimentación, si las hubiera.**
3. **Introducir 10 cc de agua** en la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla.
4. **Pinzar la SNG** doblando el tubo con la mano o bien colocar un tapón.
5. **Retirar el apósito** de fijación con cuidado para no lesionar la piel del paciente.
6. Si el paciente está consciente, pedirle que inspire profundamente y mantenga la respiración mientras se extrae la sonda suavemente y de forma continua. Si el paciente está intubado, asegurarse de la correcta presión del neumotaponamiento antes de retirarla. La medida que la retiramos la iremos limpiando con una gasa.
7. **Desechar la sonda** en el colector de residuos.
8. Limpiar cualquier resto de esparadrapo que pudiera quedar adherido a la nariz con una gasa impregnada en alcohol de 70o y limpiar cuidadosamente la fosa nasal con una gasa humedecida en agua tibia, y aplicar lubricante hidrosoluble, si fuera preciso.
9. **Mantener al paciente en posición de Fowler unos 30 minutos para prevenir una posible broncoaspiración** en el caso de vómito
10. **Recoger y desechar el material utilizado en el colector correspondiente.**
11. **Registrar.**



LAVADO DE MANOS ANTES
Y DESPUÉS

LAVADO GÁSTRICO

Se realizará vaciamiento gástrico mediante lavado, en pacientes que hayan **ingerido un tóxico potencialmente grave**, considerando:



- El tiempo transcurrido desde la ingestión.
- La toxicidad de la sustancia o sustancias ingerida.
- La cantidad de tóxico.
- El estado clínico del paciente.
- La última ingesta de alimento.

La máxima eficacia se consigue en 1 h, pudiéndose realizar hasta las 4 h. Este tiempo es ampliable a 12-24 h en:

- Anticolinérgicos.
- Narcóticos.
- Fármacos con cubierta entérica.
- Acción retardada.



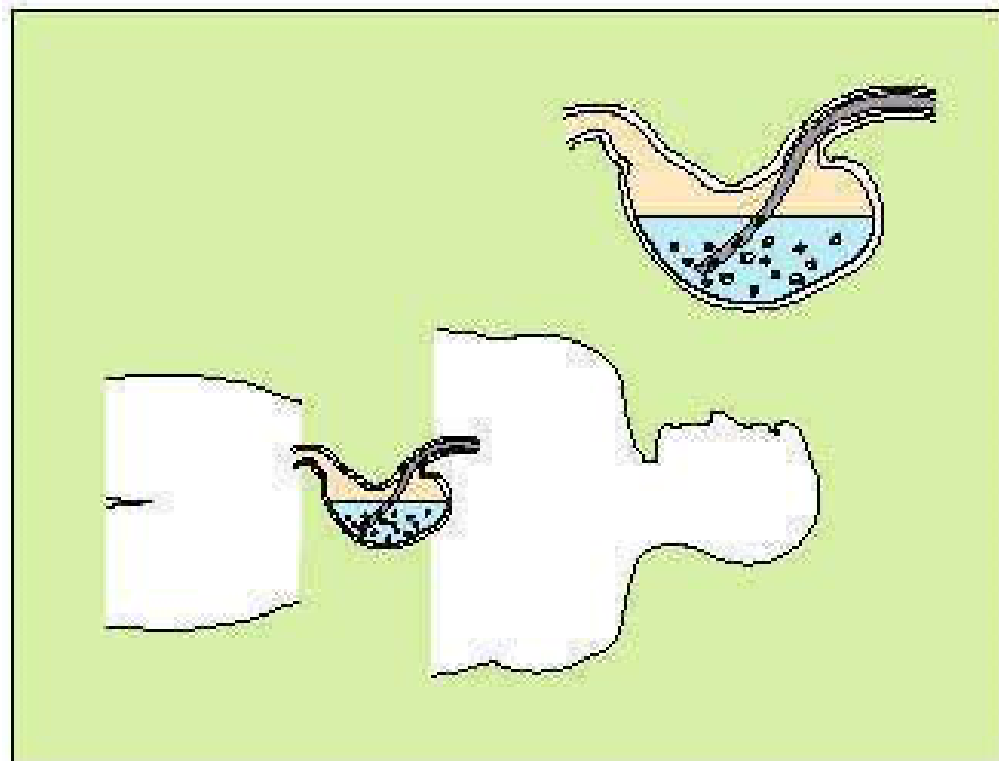
El lavado gástrico está contraindicado en las siguientes circunstancias:

- Vías respiratorias no protegidas en pacientes con disminución del nivel de conciencia.
- Ingestión de cáusticos (álcalis fuertes).
- Estenosis esofágicas.
- Ingestión de hidrocarburos (a menos que contengan sustancias altamente tóxicas, como plaguicidas, metales pesados, compuestos halogenados o aromáticos o alcanfor).
- Sustancia poco tóxica en cantidad pequeña.
- Alcoholes (más de 1/2 hora de ingestión).
- Con ingesta de objetos punzantes.



CEU

Universidad
San Pablo



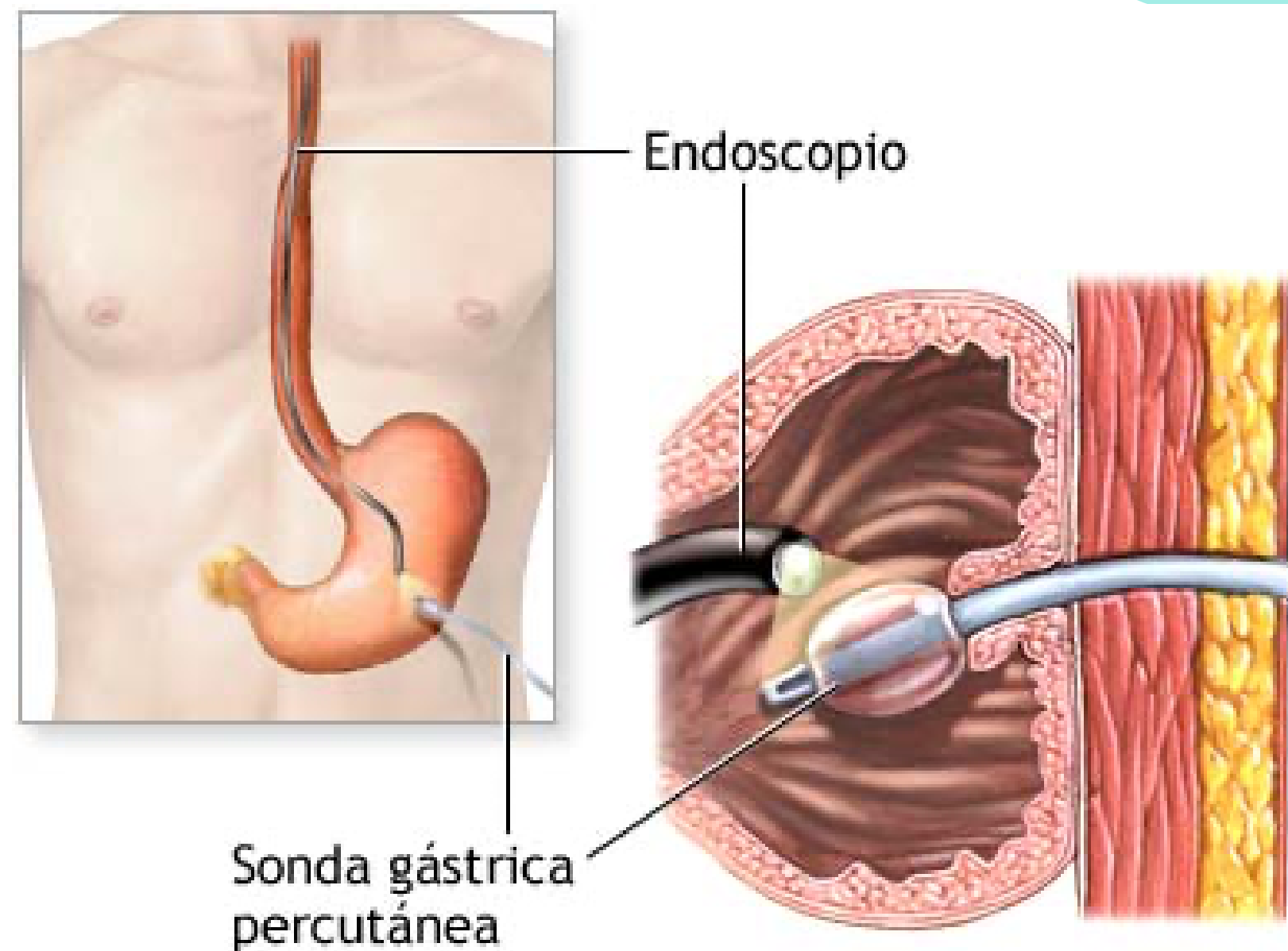
Material

1. Guantes
2. Gasas
3. Sonda gástrica de tipo Levin (una sola luz) o Salem (dos luces)
4. Lubricante hidrosoluble
5. Jeringa de 50 ml de cono ancho que se adapte a la sonda
6. Recipiente o bolsa colectora
7. Esparadrapo
8. Fonendoscopio
9. Equipo de aspiración
10. Solución salina.

1. El paciente intoxicado debe colocarse durante el lavado en decúbito lateral izquierdo con la cabeza 10 o 15° más baja (en Trendelenburg) ya que así, al estar la curvatura mayor del estómago en posición declive y el píloro más alto que el cuerpo gástrico, se impide el vaciado del contenido hacia el duodeno.
2. Antes de iniciar el lavado gástrico, extraiga el mayor contenido gástrico posible, procediendo a la recolocación repetida de la punta de la sonda.
3. Introduzca y extraiga, repetidamente, la solución salina isotónica (150 a 300 ml en adultos) templada (37°C).
4. La presión suave sobre el abdomen, en la zona gástrica, antes de cada extracción de líquido, favorece la recuperación del mismo.
5. El líquido debe fluir con facilidad y drenarse sin dificultad por gravedad. Si no es así, es posible que la sonda esté mal colocada o acodada, por lo cual proceda a su recolocación.
6. El volumen total de líquido a introducir será aproximadamente de 1 litro adicional, después de que el líquido recuperado sea totalmente claro.
7. Una vez finalizado el lavado gástrico, administre carbón activado según procedimiento.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) es un procedimiento que consiste en la colocación de una sonda que comunica la cámara gástrica con la pared abdominal cuya función es la nutrición adecuada de la persona portadora. Está indicada cuando por problemas de deglución, obstrucción u otros motivos no se puede utilizar la vía oral durante más de 3 o 4 semanas.

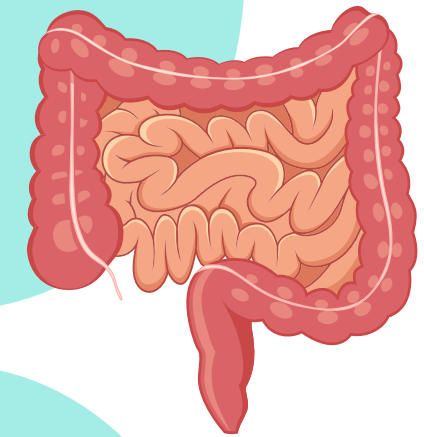


INDICACIONES

Enfermedades neurológicas
(demencias, accidente
cerebrovascular, traumatismo
craneoencefálico, Guillain –
Barré, etc.)



Obstrucciones
mecánicas o fracaso
parcial de la función
intestinal.



Pacientes con
traumatismos faciales.



Enfermedades
neoplásicas de
orofaringe, laringe y
esófago.

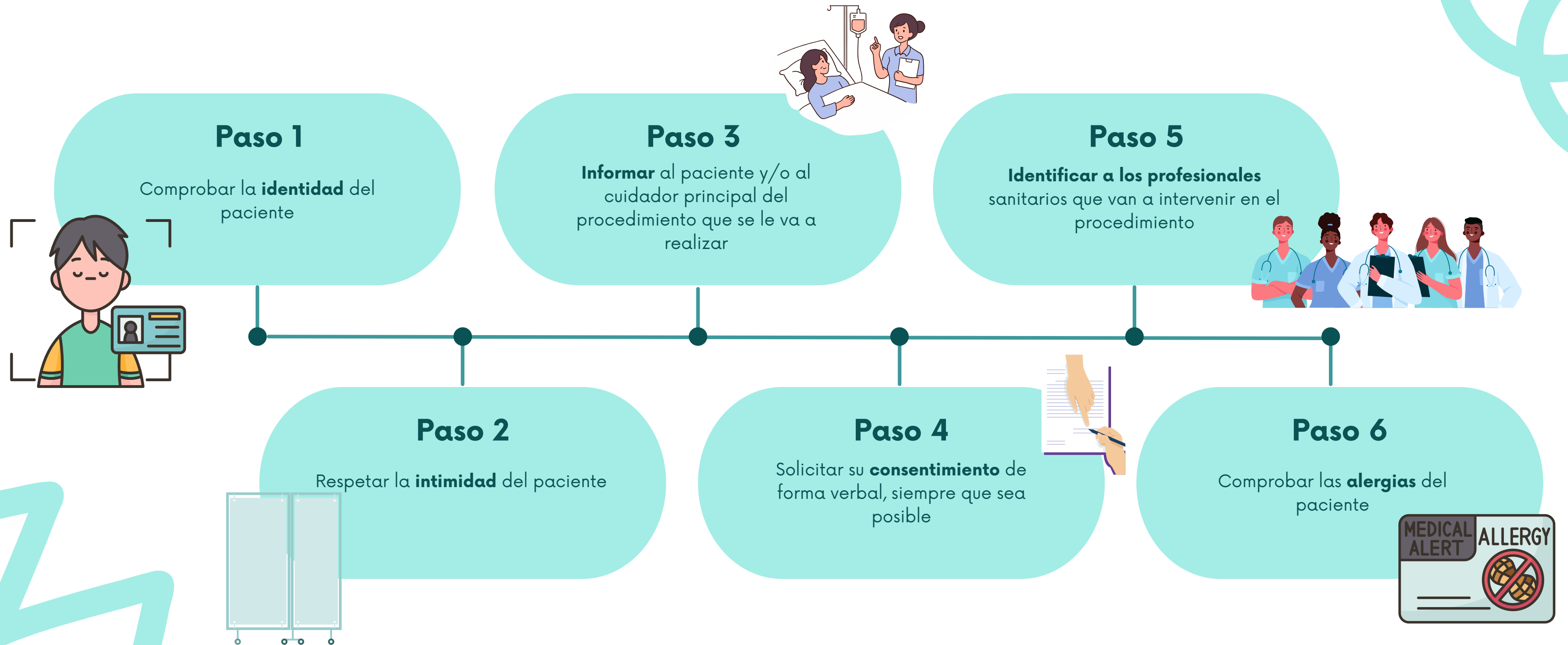


CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- **Puerto de inflado del globo:** El balón debe contener entre 7 y 10 ml de agua destilada, nunca inflar con suero salino. El volumen dependerá del fabricante.
- **Puerto de medicación:** No todas las sondas tienen esta luz. Los cuidados deberían ser los mismos que el puerto de alimentación.
- **Puerto de alimentación:** Después de terminar la infusión de alimentación, limpiar el catéter con 50 ml de agua. Si el paciente tuviera una restricción hídrica podría valer con 20 ml de agua.
- **Higiene del estoma:** Antes de manipular, higiene de manos y guantes. Limpiar cada 24 horas la zona alrededor del estoma con agua tibia y jabón suave y mantener la piel seca. No colocar gasas entre la protección de plástico y la piel, ya que hay riesgo de sobreinfección y maceración de la piel.
- **Disco:** Se debe girar diariamente la sonda 360 grados para evitar la fijación a la piel. Revisar que la protección de plástico que hace contacto con la piel quede ajustada, pero no apretada, permitiendo separarlo fácilmente 3-4 mm con una ligera tracción.
- **Obstrucción de la sonda:** Conviene instilar 30-50 ml, 2-3 veces entre las tomas para limpiar la sonda de secreciones y así evitar que se compacten y obstruya la sonda. Si existe una obstrucción, enjuagar la PEG con una jeringa de 60 ml de agua tibia. Nunca usar un alambre, ya que puede dañar la sonda o provocar daños en la mucosa gástrica.
- **Globo:** Comprobar el globo cada 10-14 días, que este lleno y no haya perdido líquido.
- **Extracción involuntaria:** Debe introducirse una sonda de recambio en un plazo breve de tiempo, puesto que el estoma se cierra en cuestión de horas. Si no se dispone de recambio, se puede utilizar una sonda vesical Foley del 16-18, dependiendo del número que tuviera el paciente, para mantener el estoma permeable.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

PASOS PREVIOS



TIPOS DE SONDA



LEVIN



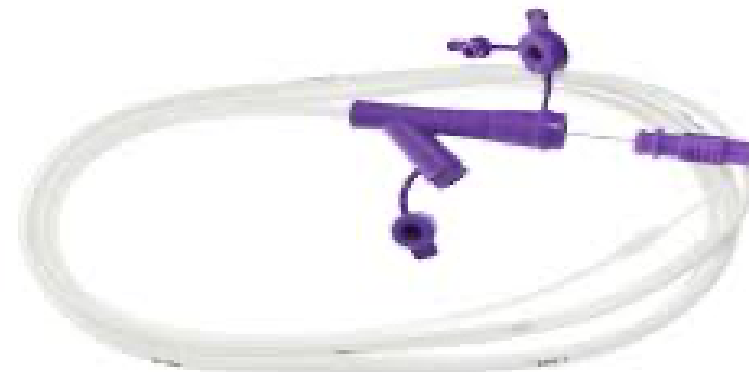
SALEM



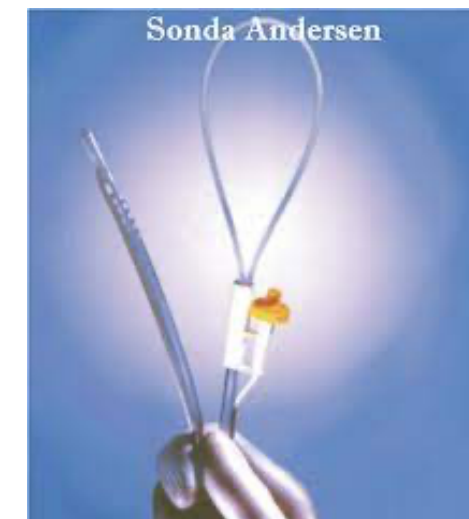
SENGSTAKEN BLAKEMORE



NELATON



**SONDA DE POLIURETANO
CON FIADOR**



**SONDA CON VÁLVULA
ANTIREFLUJO**

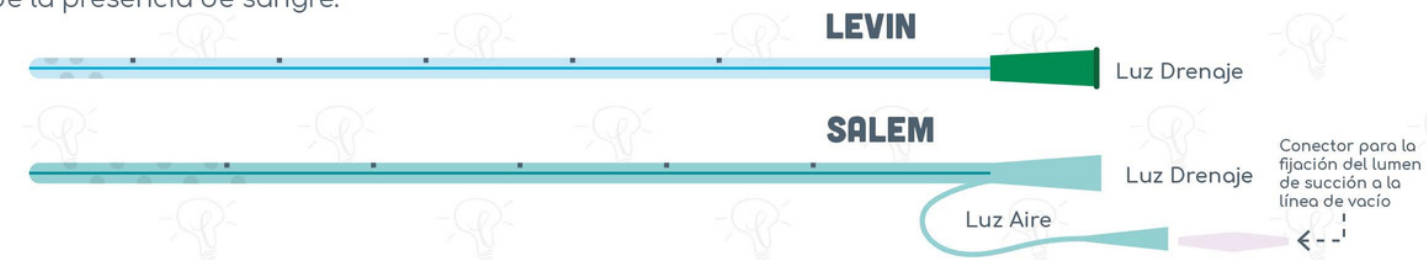
Sonda	Características	Indicaciones	Material
Levin	Una sola luz con 4 perforaciones en el extremo. Las marcas a lo largo de la sonda sirven para orientar más fácilmente la introducción. Hay desde el calibre 12 hasta el 20.	Se utiliza habitualmente para la descompresión del estómago mediante aspiración, también para realizar lavados gástricos y para la administración de nutrición enteral, aunque esta última no es la más adecuada.	Polivinilo
Salem	Dos luces y varios orificios en la zona distal. La luz de menos calibre es la utilizada para la introducción de aire, mientras que la luz principal, de mayor calibre, se emplea para la realización de lavados gástricos.	Eliminación del contenido gástrico y ventilación para evitar la adherencia de la sonda a la pared del estómago.	Polivinilo
Sengstaken Blake more	Tres luces (una luz para lavado gástrico, una luz para balón y una luz esofágica con balón).	En pacientes con diagnóstico de hemorragia por varices esofágicas, con el objetivo de realizar hemostasis, drenar la cavidad gástrica e introducir medicamentos.	Látex
Nelaton	Por su pequeña longitus se emplea en el sondase nasogastrico en niños, aunque su uso está indicado en Urología. Su punta es cerrada y presenta un orificio en un lateral.	Succión de contenido gástrico o administración de medicamentos en pediatría.	Polivinilo
Sonda de poliuretano con fiador	Más confortables y, a igualdad de grosor, tienen mayor diámetro interno. Son más difíciles de colocar y para paliar esta dificultad, pueden incorporar un fiador, el cual confiere rigidez y permite avanzar la sonda con facilidad y seguridad, evitando que se formen acotamientos o bucles.	Son las mas adecuadas para administrar alimentación	Poliuretano
Sonda con válvula antireflujo (Andersen)	Diseñada para mantener el estómago continua y completamente vacío.	Vaciamiento gástrico	Polivinilo

SONDAS NASOGÁSTRICAS

@Creative_Nurse

DESCOMPRESIÓN Y DRENAJE GÁSTRICO

Descompresión gástrica en pacientes con íleo, atonía gástrica u obstrucción intestinal; también puede emplearse para obtener muestras para análisis, como en la determinación del pH del líquido gástrico o de la presencia de sangre.

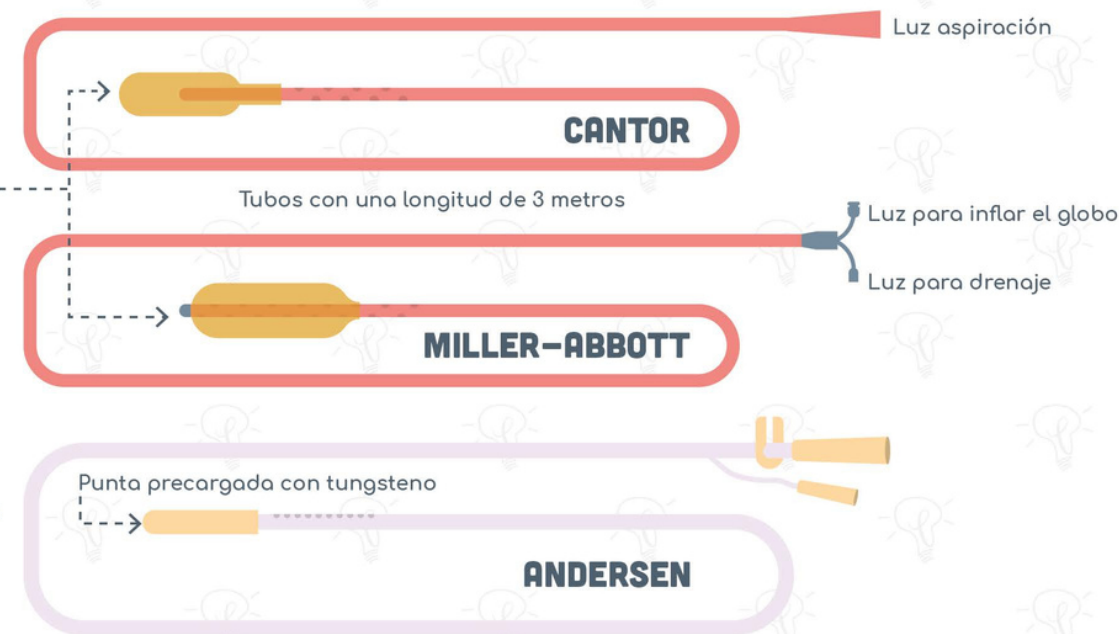


OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Antes, las sondas nasointestinales, llevaban un **globo de mercurio** en el extremo distal.

Estan en desuso.

La versión moderna y más segura es la sonda Andersen



HEMORRAGIA DIGESTIVA – VARICES ESOFÁGICAS

Globo más pequeño para anclar la sonda y ejercer presión sobre las varices situadas en el extremo distal del esófago y en el cardias.

Gran balón para la compresión esofágica



NUTRICIÓN ENTERAL

Para la administración de nutrientes. Generalmente se emplea una SNG de alimentación, de pequeño calibre.



SONDAJE GÁSTRICO

@Creative_Nurse

Indicaciones

- Drenaje del contenido gástrico por una obstrucción intestinal
- Intervención quirúrgica del aparato digestivo
- Análisis del jugo gástrico
- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos
- Administración de nutrición enteral y medicación
- Sospecha de hemorragia digestiva alta

Contraindicaciones



- Fracturas de cráneo
- Problemas de coagulación
- Fracturas de nariz
- Varices esofágicas

Tipos de sondas

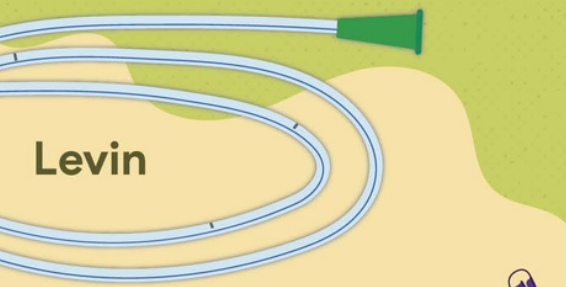
Existen muchos tipos de sondas gástricas, Anderson, Sengstaken-Blakemore, Miller-Abbot... En función de la indicación del sondaje se ha de utilizar el tipo de sonda adecuada. Por ejemplo, si la indicación del sondaje es la descompresión gástrica se utilizan las sondas tipo Levin o Salem. Para nutrición enteral, sondas de larga duración (poliuretano o silicona) y para varices esofágicas la Sengstaken-Blakemore.



Salem

LEVIN: calibres de 10 a 20 Fr, **una sola luz** con la parte más distal perforada para la evacuación del contenido gástrico. Se utiliza para descompresión gástrica, obtener muestras de jugo gástrico o realizar lavados gástricos. Posee una línea radiopaca para comprobar la ubicación correcta de la sonda con una prueba de imagen simple.

SALEM: calibres de 12 a 18 Fr, **dos luces**, una para la entrada de aire y la otra se utiliza como cualquier otra sonda, tiene orificios laterales para la evacuación del contenido gástrico y posee una línea radiopaca.



Levin

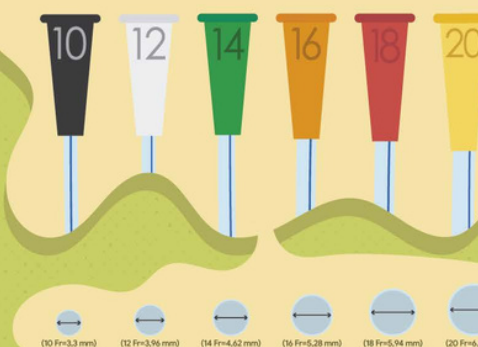


SNG para nutrición

Materiales

- Cloruro de polivinilo (PVC)
- Poliuretano
- Silicona

El diámetro de la luz de las sondas se mide en French (1 Fr=0,33 mm), a mayor número mayor calibre



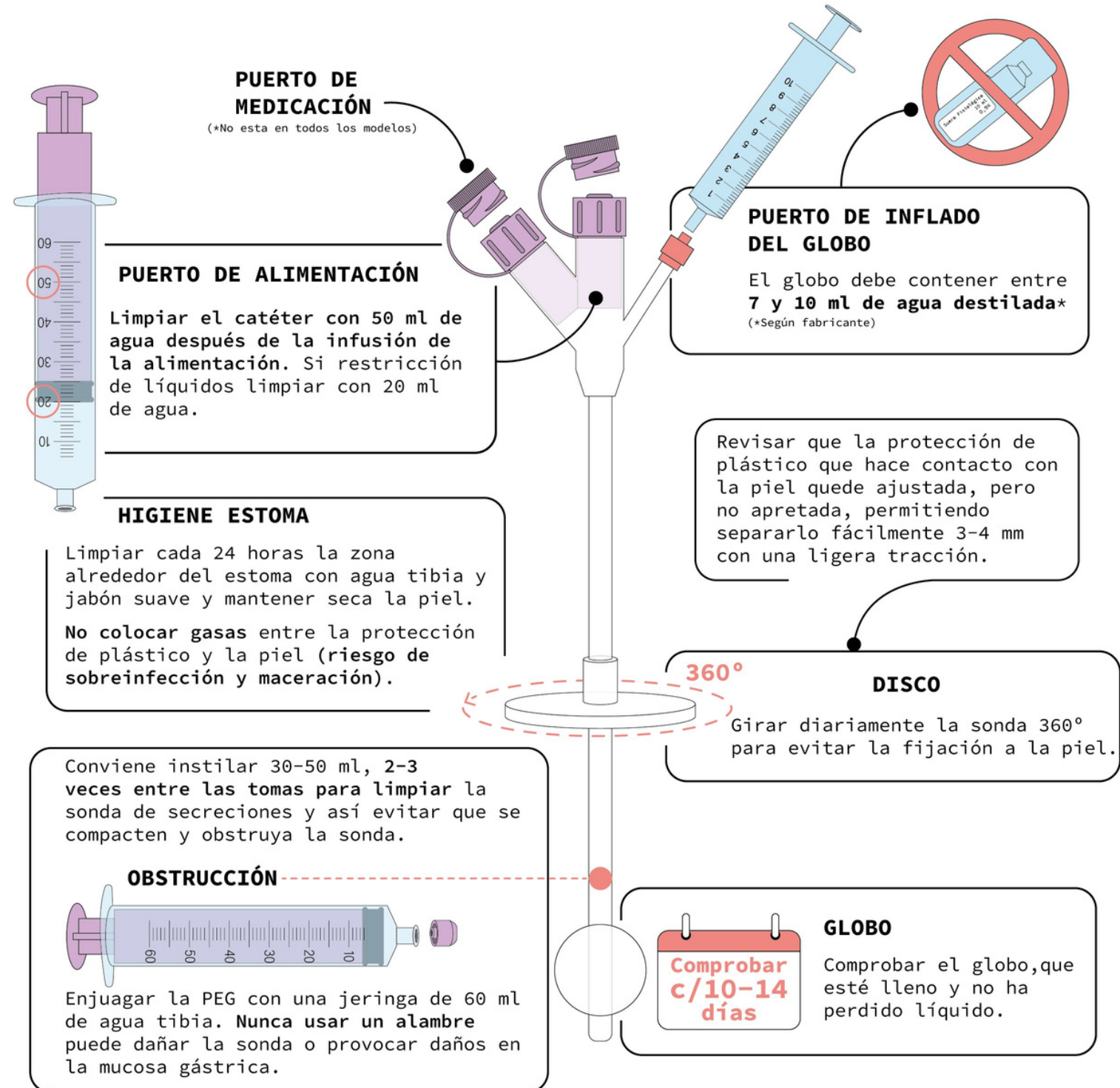
(* Los materiales, formas y colores de las sondas pueden variar dependiendo de la casa comercial)

ENFERMERIA creativa

Sonda de gastrostomía @Creative_Nurse

Cuidados generales

- ✓ La **Gastrostomía Endoscópica Percutánea**, denominada **PEG** (acrónimo del inglés). Consiste en colocar una sonda a través de una comunicación entre la cámara gástrica y la pared abdominal.
- ✓ Se realiza bajo control **endoscópico**.
- ✓ La indicación clásica de la PEG es **proporcionar un adecuado soporte nutricional** ante situaciones clínicas que impiden una correcta alimentación oral.



Extracción involuntaria

Debe introducirse una sonda de recambio en un plazo breve de tiempo (el estoma se cierra en cuestión de horas). Si no se dispone de recambio, se puede utilizar una sonda vesical Foley del 16-18 para mantener el estoma permeable.

- 1.No title [Internet]. Academiaeir.es. [citado el 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://academiaeir.es/sondaje-nasogastrico-nutricion-enteral/>
- 2.Ros RR, Olivé Adrados C, Puig ML. Lenguaje Nic Para El Aprendizaje Teórico-Práctico En Enfermería [Internet]. 2a ed. Elsevier; 2020.
Disponible en: <https://books.google.at/books?id=RVjwDwAAQBAJ>
- 3.Álvarez P, De La Concepción MP, Fariñas B, González C, Pardo I. Procedimiento de colocación y cuidados de la sonda nasogástrica. 2021.
- 4.Uribarri BG, Fau CB, Alonso CH, Sanz DAA, Varona LP, Hernández CL. Cuidados de enfermería en la gastrostomía endoscópica percutánea. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 19 de julio de 2023];2(10):165. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8163666>
- 5.García Fernández, F., & Rincón Gatica, A. (2021). Introducer PEG gastropexy (Russell technique). Revista Andaluza de Patología Digestiva, 44(4), 136-141. <https://doi.org/10.37352/2021444.2>