www.medigraphic.org.mx

Rev. Mex. Anest.
Vol. 20 (4), 1971

Procedimiento del tubo cortado para introducir la sonda nasogástrica

Dr. Rodolfo Vega Ramos*

Es frecuente encontrarnos con la necesidad de introducir una sonda nasogástrica a un paciente anestesiado, con el fin de vaciar un estómago distendido, que dificulta las maniobras quirúrgicas en la cirugía del vientre.[3,4,5] Muy a menudo durante la ventilación con mascarilla previa a la intubación traqueal, se introduce gas que distiende el estómago[10,13] ocurriendo con más frecuencia en pacientes obesos, haciendo la exposición quirúrgica del vientre alto, difícil.

En otras ocasiones en pacientes laparotomizados con diagnósticos no precisos, durante el transanestésico el cirujano desea la evacuación gástrica lo más pronto posible por la dificultad que la distensión del estómago le ocasiona en su trabajo.

En otros casos, la distensión gástrica produce hipoventilación pulmonar por elevación del diafragma, lo que amerita vaciado rápido del estómago por los trastornos ventilatorios y circulatorios que causa.[1,6,7,11]

Por último, tenemos algunos casos en los cuales es necesario el sonido nasogástrico, ya sea en el transanestésico o en el paciente inconsciente.[9] Los más frecuentes son los siguientes:

1. Paso a duodeno de sonda de Miller-Abbott.
2. Introducción de sonda nasogástrica para alimentación del paciente comatoso.
3. Pacientes extraordinariamente nerviosos en quienes no es recomendable aplicar la sonda nasogástrica estando despiertos, en las horas inmediatamente anteriores al inicio de la operación. Esto es de mayor importancia, cuando la intervención quirúrgica va a ser realizada en estómago, intestino, vías biliares, etc. En estos casos, la sonda se aplica inmediatamente después de la inducción e intubación traquela.[1]
4. Algunos pacientes con traqueostomía aun cuando están conscientes no pueden deglutir y ameritan alimentación por gastroclisis.

En un gran porcentaje de casos es fácil pasar la sonda nasogástrica al estó-

* Médico anestesiólogo de base. Clínica Hospital T I No. 1 del IMSS Unidad Morelos, Chihuahua, Chih.

mago, si está bien lubricada y rígida (previamente colocada sobre hielo) y se hacen con cuidado las maniobras necesarias. Pero en algunos pacientes con determinadas características anatómicas de cavidad bucal, mandíbula inferior y cuello, o cuando la sonda no es muy rígida, se dificulta la maniobra y no se hace con la rapidez exigida por las circunstancias.

Cuando se hace difícil pasar la sonda por la nariz al esófago, clásicamente se ha recomendado [2] ayudarse con "una guía" o tubo nasotraqueal sin globo, de calibre adaptado a la edad del paciente, el cual perfectamente lubricado es introducido por la nariz al esófago y a través del tubo se pasa bien lubricada también la sonda nasogástrica escogida. Este método tiene dos inconvenientes:

1. El traumatismo innecesario que se puede producir en la nariz al pasar un tubo nasotraqueal de diámetro suficientemente amplio, por cuya luz pase a su vez la sonda gástrica.

2. En ocasiones las fosas nasales son estrechas y el tubo nasotraqueal se colapsa impidiendo el paso por su luz a la sonda gástrica.

Para evitar estos inconvenientes, algunos autores recomiendan pasar la guía (tubo nasotraqueal) por la boca hasta el esófago y a través de ella deslizar la sonda gástrica y extraer posteriormente el tubo guía.

En esta forma el extremo de la sonda gástrica sale por la boca, lo cual no es deseable, ya que si se requiere dejar succión en el postoperatorio es menester pasar la sonda a través de la nariz.

TÉCNICA

Para simplificar el procedimiento, haciéndolo rápido y efectivo ideamos un método sencillo que someto a consideración de los lectores en la inteligencia de que no tengo noticias hasta donde mi revisión bibliográfica alcanza, (y consulta personal con otros anestesiólogos, [14,15,16]) de que se haya publicado un sistema igual al que he seguido en los últimos 3 años y que paso a describir:

1º Se corta a lo largo un tubo nasotraqueal sin globo de los números 30 ó 32 FR con tijera bien afilada para que al terminar el corte, el tubo vuelva a tener su circunferencia completa y aparente estar íntegro.

Es importante que el lado por donde se corta el tubo sea contrario a donde existe la punta del bisel del mismo, para que no se dificulte su introducción y la punta del tubo quede íntegra y no traumática.

2º Se desliza la sonda nasogástrica por la nariz a través de la narina más amplia, tratando de pasarla al esófago con las maniobras clásicas.

Si pasa al estómago, como sucede en muchos casos, ya está resuelto el problema que nos ocupa; pero si se detiene en la boca, se saca de ella con la mano o con la pinza de Magill hasta que queden fuera de las arcadas dentarias aproximadamente 50 ó 60 centímetros.

3º Una vez hecho esto, se introduce por la boca el tubo guía previamente seccionado y con una correta lubricación, hacia el esófago tratando de localizarlo ya sea como lo hacemos normalmente "a ciegas" o bien con ayuda del laringoscopio y una vez en éste, a través de su luz se introdu-

ce la punta de la sonda nasogástrica que está en la boca, hasta el estómago.

En seguida, el tubo guía es retirado a través de su lado seccionado, dejando la sonda nasogástrica en su lugar fijándola con tela adhesiva sobre nariz y frente, a la profundidad que se desee.

Se recomienda tener dos o tres medidas diferentes de tubos guía nasotraqueales ya seccionados y listos para ser usados, en los casos en que este procedimiento es requerido en adultos, pudiendo usarse un calibre menor para niños. [5,7,8,12]

Este sistema nos ha dado la satisfacción de ver contento y admirado a más de un cirujano por la facilidad y rapidez con que introducimos por la nariz la sonda gástrica en el transanestésico y vaciamos el estómago quitando al instante las molestias que su dilatación le ocasionaba, mejorando las condiciones del enfermo.

En estados de coma de diversa etiología, en que se requiere la aplicación de sonda nasogástrica para alimentación, es muy útil el método descrito cuando se dificulta la colocación de la misma por la falta de cooperación del paciente. Es indispensable efectuar el procedimiento con gran delicadeza para no lesionar la hipofaringe, el esófago o las cuerdas vocales. Con igual fin, es preciso no usar tubos guías de gran diámetro.

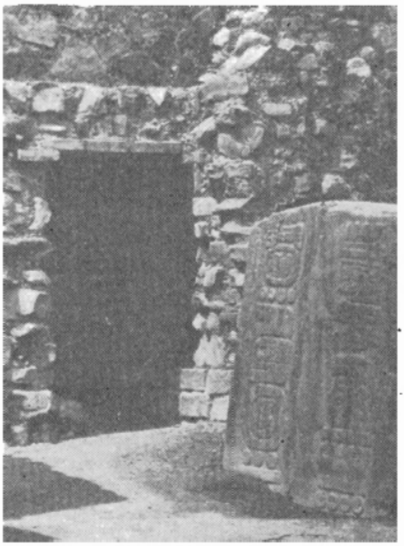
Algunos autores recomiendan no introducir el tubo guía hasta el esófago, sino sólo abocarlo a su extremidad superior con el fin de no producir lesiones; sin embargo, creemos que bien lubricado y de diámetro adecuadamente escogido a la talla del paciente, no existe problema, en cambio, el método es más efectivo y rápido si se introduce ligeramente en la parte superior del esófago, sobre todo si se hace con ayuda del laringoscopio.

También se puede recurrir a la técnica descrita para introducir al esófago el cable del teletermómetro y el estetoscopio esofágico cuando esto se dificulta. [14]

Espero que esta comunicación sea de alguna utilida a mis compañeros Anestesiólogos.

REFERENCIAS

1. Dripps, Reckenhoff, J. Vandam.: *Teoría y práctica de anestesia.* México. Editorial Interamericana, S.A. 3a. edición. pp. 35, 254. 1968.
2. López, A. G.: *Algunos procedimientos básicos en anestesiología.* Rev. Mex. Anest. No. 46, enero-febrero. p. 23. 1960.
3. Frey-Hugin-Mayrhofer.: *Tratado de anestesiología.* Barcelona España. Salvat Editores, S.A. 1a. edici. pp. 483, 484, 565, 633. 1961.
4. Adriani, J.: *La selección de la anestesia.* Editor Charles C. Thomas. 1a. edición. pp. 339, 344, 345, 346. 1955.
5. López A., G.: *Fundamentos de anestesiología.* México. La Prensa Médica Mexicana. 1a. edición. pp. 183, 191. 1968.
6. Collins, V. J.: *Anestesiología, teoría y práctica.* México. Editorial Interamericana, S.A. pp. 403, 404, 405. 1953.
7. Adriani, J.: *Técnicas de anestesia.* Promédica. Ediciones médicas Ibero-Americanas. 512. 1957.
8. Pfluger, H.: *Compendio de anestesia moderna.* Editorial Científico Médica. 2a. edición. pp. 208, 295. 1968.
9. Wylie and Churchill-Davidson.: *A practice of anaesthesia.* The Year Book Publishers, Inc. Chicago. pp. 291, 922, 923, 925, 928. 1961.
10. Collilns, V. J.: *Anestesiología.* Editorial Interamericana, S.A. México. 1a. edición. 153. 1968.
11. Pathophysiologic Mechanisms of Shock in Acute Gastric Dilatation. Year Book of Anesthesia. Cullen, S. C. Chicago. pp. 315, 316. 1969.
12. Shields, J. R. S.: Salvat Editores, S.A. Barcelona. 1a. edición. pp. 148, 149. 1965.
13. Bandera, B.: *La obesidad problema anestésico.* Rev. Mex. Anest. T. 14. Noviembre-Diciembre. *14*:462, 469. 1965.
14. Aldrete, J.A.: Comunicación personal.
15. Llerena, M.: Comunicación personal.
16. López, Alfonso G.: Comunicación personal.



Estela de Monte Albán. Oaxaca, Oax.