



Verificar la ubicación de la sonda nasogástrica en niños

> Nos gustaría aclarar algunas cuestiones del reciente informe de la encuesta “20 preguntas: ¿práctica basada en la evidencia o vaca sagrada? (Marzo-Abril 2016, ed. esp.). El punto 5, en donde se afirma que el control del pH del aspirado gástrico es un método fiable para determinar la correcta ubicación de la sonda nasogástrica (SNG) para nutrición enteral, se identifica como “falso” por parte de los autores. Creemos que la respuesta correcta es “probablemente cierto”, especialmente en el caso de los pacientes pediátricos¹.

Participé en el proyecto “Nuevas oportunidades en la verificación de la ubicación de la sonda de nutrición enteral (NOVEL), financiado por A.S.P.E.N. La referencia citada sobre la nota de prensa que

A.S.P.E.N. lanzó en 2014 es sobre un estudio de prevalencia reciente, con corte de 1 día, sobre el uso de las SNG cuya autoría es de nuestro grupo de trabajo². En este estudio observamos la amplia diversidad de métodos empleados para verificar la correcta ubicación de la SNG. En una revisión previa, que también se cita en las referencias, analizamos el uso de la técnica de control del pH en la población pediátrica y revisamos la evidencia existente que apoya este método de verificación de la ubicación de la sonda³. Ninguna de estas dos referencias sugiere que el control del pH no sea una técnica fiable.

Compartimos la afirmación de que la técnica más fiable para el control de la ubicación de la sonda es la verificación radiológica, pero no estamos de acuerdo en que este método es o debería ser el de elección en los pacientes pediátricos, por los riesgos asociados a la exposición radiológica y sus efectos acumulativos en la salud y el desarrollo de los niños que cuidamos.

Nos gustaría compartir con nuestros lectores que, hasta el momento, en pacientes pediátricos, el control del pH gástrico es la mejor técnica para la verificación de la ubicación de la SNG si se combina con otras actividades, como la confirmación de la longitud de la sonda, y una adecuada valoración del estado del niño. Encontrará más información sobre el proyecto NOVEL en este link: www.nutritioncare.org/novel/

BETH LYMAN, MSN, RN, CNSC, CHILDREN'S MERCY KANSAS CITY,
NOVEL PROJECT CHAIR REPRESENTING A.S.P.E.N.

PEGGI GUENTER, PhD, RN, FAAN, DIRECTOR OF CLINICAL PRACTICE,
QUALITY AND ADVOCACY AT A.S.P.E.N.

LADONNA NORTINGTON, DNS, RN, UNIVERSITY OF MISSISSIPPI SCHOOL
OF NURSING, REPRESENTING THE SOCIETY OF PEDIATRIC NURSING

CAROL KEMPER, PhD, RN, CPHQ, CHILDREN'S MERCY KANSAS CITY, REPRESENTING
CHILD HEALTH PATIENT SAFETY ORGANIZATION PATIENT SAFETY TEAM

SHARON IRVING, PhD, CRPN, FCCM, CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA,
REPRESENTING AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES

KERRY WILDER, MBA, BSN, RN, CHILDREN'S HEALTH, DALLAS, TEX.,
REPRESENTING NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES

LORI DUESING, MSN, RN, CNPN-AC, CHILDREN'S HOSPITAL OF WISCONSIN,
REPRESENTING NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY

HEPATOLOGY AND NUTRITION
JANE ANNE YAWORSKI, MSN, RN, CNS, CHILDREN'S HOSPITAL OF PITTSBURGH,
REPRESENTING A.S.P.E.N.

GINA REMPEL, MD, FRCPC, FAAP, CHILDREN'S HOSPITAL WINNIPEG,
REPRESENTING A.S.P.E.N.

WEDNESDAY MARIE A. SEVILLA, MD, MPH, UT LE BONHEUR CHILDREN'S HOSPITAL,
REPRESENTING A.S.P.E.N.

DEAHNA VISSCHER, REPRESENTING PARENTS WHO HAVE LOST A CHILD AS A RESULT OF
NG TUBE MISPLACEMENT

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbertson HR, Rogers EJ, Ukoumunne OC. Determination of a practical pH cutoff level for reliable confirmation of nasogastric tube placement. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2011;35(4):540-544.
2. Lyman B, Kemper C, Northington L, et al. Use of temporary enteral access devices in hospitalized neonatal and pediatric patients in the United States. JPEN J Parenter Enteral Nutr. [e-pub Jan. 7, 2015]
3. Irving SY, Lyman B, Northington L, Bartlett JA, Kemper C; Novel Project Work Group. Nasogastric tube placement and verification in children: review of the current literature. Crit Care Nurse. 2014;34(3):67-78.

Julie Miller, BSN, RN, CCRN, responde:

gracias por su respuesta a nuestro artículo y por la información adicional sobre el control del pH gástrico. En nuestra presentación de la información sobre el control del pH gástrico para la verificación de la posición de la sonda deberíamos haber especificado que la recomendación se aplica solo a adultos. Su información adicional ayudará a las enfermeras a diferenciar los cuidados a pacientes adultos y pediátricos. Apreciamos el diálogo que este artículo ha generado sobre las mejores prácticas para todos los pacientes.

Evitar la analgesia controlada por el paciente en modo proxy

> “Advertir los peligros de la PCA en pacientes postoperatorios” (*Control del dolor*, April 2015, ed. original) es un artículo muy explicativo para aquellas enfermeras que trabajan con enfermos postoperados que reciben analgesia controlada por el paciente (PCA).

Nosotros también sufrimos un desafortunado incidente en la administración de una PCA en la unidad médico-quirúrgica en la que trabajo. Aunque las enfermeras explicaron a la familia que no se debía administrar la PCA en modo proxy, lo hicieron. Interrumpimos la administración de PCA, se administró naloxona y el paciente se recuperó sin complicaciones. Las enfermeras preguntaron a los familiares por qué habían activado la administración de la PCA para el paciente. Respondieron que pensaban que le dolía “más de lo que decía”.

La administración de PCA en modo proxy es muy peligrosa. El equipo de enfermería debe vigilar de forma regular a los pacientes con PCA y evaluar con frecuencia su nivel de