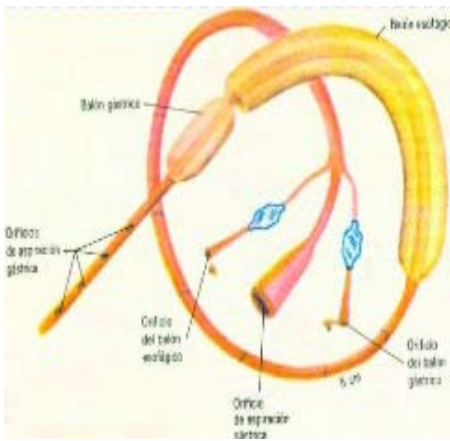


## COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE LA SONDA DE SENGSTAKEN- BLAQUEMORE.

### Propósito:



La sonda de Sengstaken-Blakemore es una sonda con tres luces, una luz para lavado gástrico y las otras dos están comunicadas con dos balones, uno gástrico y otro esofágico. Está indicada en pacientes con diagnóstico de hemorragia por varices esofágicas en los cuales la ligadura mediante bandas o la escleroterapia técnicamente no son factibles, no están disponibles o han fracasado. Es importante, un adecuado diagnóstico anatómico antes de la colocación de cualquiera de estas sondas. La sonda está contraindicada en los pacientes con cirugía esofágica reciente o estenosis esofágica.

### Recursos materiales:



- Agua y jabón.
  - Mesa auxiliar.
  - Sonda de Sengstaken-Blakemore.
  - Lubricante.
  - Jeringa de 50 ml.
  - Pinzas.
  - Manómetro.
  - Bata.
- 
- Mascarilla.
  - Guantes estériles y no estériles.
  - Fonendoscopio.
  - Paños, gasas y compresas.
  - Esparadrapo.
  - Batea.

- Bolsa de aspiración y soporte.
- Cuerda y pesas para hacer tracción si es necesario.

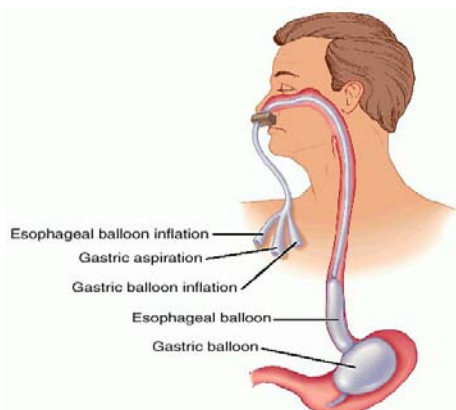
### Precauciones:

- Comprobar la identificación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Mantener las máximas medidas de asepsia tanto en la preparación del material como en la técnica.
- Debido a que pueden ocurrir complicaciones potencialmente letales con el uso de esta sonda, los pacientes deben ser monitorizados.
- En pacientes con alteración del estado de conciencia y con riesgo de broncoaspiración se recomienda el control de la vía aérea mediante intubación endotraqueal.
- Se recomienda previo a la colocación de la sonda, descompresión y vaciamiento del contenido del estómago mediante una sonda naso u orogástrica y posteriormente retirarla.
- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
- Antes de su colocación, deben ser comprobados tanto los dos balones como la sonda gástrica.

### Información al paciente:

- Explicarle detenidamente el procedimiento al paciente y/o a su familia.
- Solicitar su colaboración si es posible.

### Técnica:



- Colocar al paciente sentado o en semifowler. Si hay impedimento, colocarlo en decúbito lateral derecho o izquierdo.
- Lavado de manos (según protocolo existente en el hospital).

- Comprobar que los balones de la sonda no estén rotos, llenándolos con aire e introduciéndolos en agua si es necesario.
- Colocarse la bata, mascarilla y guantes.
- Lubricar bien la sonda.
- Introducir la sonda con los balones desinflados por una fosa nasal con presión firme hasta que la punta esté en la faringe posterior.
- Utilizar la fosa nasal que ofrezca mayor permeabilidad. Si no es posible ponerla por la nariz, introducirla por la boca.
- Si el paciente está consciente y colabora, animarlo a que trague o darle a beber un poco de agua e indicarle que la retenga en la boca hasta que se le indique que la trague.
- Se introduce la sonda por lo menos hasta la marca de 50 cm.
- Para confirmar que la sonda está en el estómago se aspira con una jeringa de 50ml. el contenido gástrico o se inyectan 20 ml. de aire auscultando con el Fonendoescopio el estómago del paciente. Si la sonda está bien colocada se ausculta un ruido de borboteo a medida que el aire sale por la sonda. Si no se ausculta nada hay que retirar la sonda e introducirla nuevamente.
- Una vez comprobado que la sonda está en el estómago, inflar lentamente el balón gástrico con 50 – 100 ml. de aire. Si el paciente se queja de dolor no seguir inflando, eso podría indicar que el balón se encuentra a nivel del esófago, en caso de ser así, desinflar e introducir la sonda 10cm. más, y repetir la inyección de aire.
- A continuación se infla por completo el balón gástrico, (250-350 ml de aire) y se pinza.
- Se tira de la sonda hasta sentir resistencia, lo que indica que el balón gástrico está a nivel de la unión gastroesofágica.
- Se mantiene la tensión mediante la fijación de la sonda con un cuadro de esponja a su salida del orificio nasal, o ejerciendo una tensión suave por medio de una cuerda y un peso de 0,5 a 1 Kgr.
- Marcar la longitud de la sonda a la salida del orificio nasal con esparadrapo, siempre tiene que estar a esta longitud.
- Hacer una radiografía de abdomen para verificar que el balón gástrico está en el estómago.
- Realizar un lavado gástrico. Si no hay datos de sangrado activo, el balón esofágico puede permanecer desinflado.

- Si el sangrado persiste, inflar el balón esofágico hasta una presión de 35 a 45 mmHg (Aprox. 50ml de aire). Comprobar la presión con un manómetro y pinzar.
- Verificar que el paciente no se queje de dolor retroesternal que ocurre cuando la presión del balón es muy alta.
- Conectar la sonda a bolsa o aspiración según indicación médica.
- Retirar el material utilizado.
- Quitarse los guantes, bata y mascarilla.
- Acomodar al paciente.
- Lavarse las manos.

#### **Anotaciones y registro:**

- Anotar la fecha y hora, nº de sonda y presión de ambos balones.
- Si la tracción se ha hecho con peso, anotar la cantidad de peso que se le ha puesto.
- Si el enfermo ha necesitado sedación por prescripción médica, anotar el tipo y cantidad de sedación.
- Anotar si hubo alguna complicación antes, durante o después de la colocación de la sonda.

#### **Cuidados del material:**

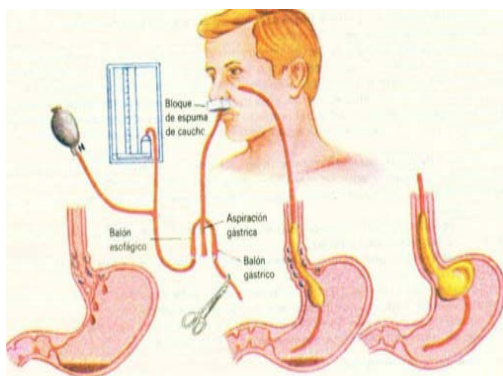
- Se desechará el material punzante o cortante que se hubiera utilizado en los contenedores destinados a ello.
- También se procederá de igual manera con el material de un solo uso siguiendo el protocolo de eliminación de residuos vigente.

#### **Cuidados post-procedimiento:**

- Colocar al paciente en posición semisentada.
- Control estricto del paciente mientras tenga colocada la sonda.
- Control de los signos vitales.
- Vigilar estrechamente el mantenimiento de la tracción de la sonda, fugas de balón y desplazamiento.
- Realizar lavados gástricos con la frecuencia que sea necesaria.

- Comprobar periódicamente la presión de los balones y la situación del punto de marcado a la salida del orificio nasal.
- Aspirar secreciones si las hubiera.
- Mantener la presión 72 horas como máximo.
- Se debe desinflar el balón esofágico 30 minutos cada 12 horas para evitar la necrosis de la mucosa esofágica.
- Si hay control de la hemorragia, a las 24 horas se desinfla el balón esofágico y se suelta la tracción y si a las 36 – 48 horas no hay sangrado se desinfla el balón gástrico sin retirar la sonda.
- Si no hay sangrado en las siguientes 24 horas se retira la sonda.

#### Observaciones:



- Los balones se insuflan con aire, nunca se debe utilizar agua ni otra solución, ya que el peso deforma el balón y la tracción no se produce de manera uniforme en las varices que convergen en esta región.
  - Tener en cuenta que en ocasiones se puede provocar nuevamente sangrado durante la maniobra de retirada de la sonda.
- 
- Si accidentalmente el balón se desplaza de su lugar cuando está insuflado, se debe actuar rápidamente cortando la sonda para evitar problemas de asfixia u otra complicación.
  - La orden de retirada de la sonda debe darla el médico.
  - Las complicaciones que se pueden derivar de la colocación de la sonda de S.B. son: Dolor torácico, obstrucción de la vía aérea, dificultad para su inserción, difícil control del sangrado, neumonía por aspiración, rotura esofágica, mediastinitis, necrosis o erosión esofágica.

### Bibliografía consultada.

1. Compendio de enfermería.  
<http://www.compendiodenfermeria.com/instalar-una-sonda-balon-sengstaken-blakemore/page/8/>
2. Control de varices esofágicas sangrantes.  
<http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/TecnicasCM/varices%20esofagicasPDF>
3. Cuidados de enfermería en el manejo de la sonda de Sengstaken –Blakemore.  
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo105/capitulo105.htm>
4. Guía: tipos y cuidados de sondas.  
[http://www.urgenciauc.com/duoc/EMS3100\\_Tipos\\_y\\_cuidados\\_de\\_sondas.pdf](http://www.urgenciauc.com/duoc/EMS3100_Tipos_y_cuidados_de_sondas.pdf)
5. Imágenes sonda de Sengstaken-Blakemore.  
[http://www.google.es/images?hl=es&rlz=a1T4SNYK\\_esES34Es342&9=sonda+de+sengstaken-blakemore&um=1&ie=UTF-8&source=](http://www.google.es/images?hl=es&rlz=a1T4SNYK_esES34Es342&9=sonda+de+sengstaken-blakemore&um=1&ie=UTF-8&source=)
6. Irwin y Rippe´s. Medicina Intensiva. Ed.Marban. Libros. S.L. Edición: 2006
7. Maniobras medico quirúrgicas para el médico general.  
[http://www.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/curso\\_mqmg/mqmg/sengstak.htm](http://www.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/curso_mqmg/mqmg/sengstak.htm)
8. Protocolos.  
[http://www.prous.com/digest/protocolos/view\\_protocolo.asp?id\\_protocolo=18](http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=18)
9. Técnicas de enfermería.  
<http://todoenfermeria.iespana.es/tecnicas/tecnicas.htm>

### Revisión:

- Revisión año 2010 por Comisión de Cuidados de Enfermería del Área de Salud de Badajoz.