

# Sonda de Sengstaken

Rosa Torras Rabasa \*  
Isabel Sánchez Zaplana \*\*

## Resumen

Conocer a fondo el utillaje que utilizamos en nuestro quehacer diario es una de las metas a conseguir por todos los profesionales de la Enfermería. En esta ocasión se estudia a fondo la sonda de Sengstaken: cómo es, en qué situación se utiliza, qué finalidad tienen sus conductos, ventajas e inconvenientes de esta sonda... Todas estas preguntas y muchas otras más tendrán una respuesta práctica y precisa en este artículo.

### ● ¿Este tipo de hemorragia requiere un taponamiento específico?

Sí. La sonda de Sengstaken Blake-More.

### ● ¿Cómo es una sonda de Sengstaken?

Véase figura 1.

### ● ¿Qué es una sonda de Sengstaken?

Es una sonda de triple luz, cuyos conductos son distintos y fácilmente identificables. Es de caucho, de unos 100 cm de longitud. (Véase figura 2.)

### ● ¿Qué finalidad tienen estos conductos?

– **Conducto principal (aspiración):** Es el que forma la sonda propiamente. Llega hasta la cavidad gástrica. Su parte distal está provista de orificios laterales que permiten la aspiración, lavado y control del contenido gástrico.

– **Conducto lateral (balón esofágico):** Permite inflar el «balón esofágico», tiene forma cilíndrica y sirve para la compresión esofágica directa.

– **Conducto lateral (balón gástrico):** Permite inflar el «balón gástrico», tiene forma redonda y logra el taponamiento de la unión cardio-esofágica.

Esta sonda, por sus especiales características, puede ejercer una presión mediante el hinchado de los globos esofágico y/o gástrico, compresión que inicia el proceso de coagulación en una zona sangrante (fig. 3).

\* Enfermera Asistencial del Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínico de Barcelona.

\*\* Enfermera Docente de la Escuela Universitaria de Enfermería de Barcelona.

### ● ¿Qué cantidad de aire es preciso para hinchar los balones?

– **Balón gástrico**

80-100 cc. El aire suficiente para que el balón no supere el nivel del cardia.

– **Balón esofágico**

La cantidad de aire precisa para obtener una presión de 60-70 mm Hg.

### ● ¿Qué balón debemos inflar en caso de presentar un paciente varices esofágicas?

– El balón esofágico.

## CÓMO PUEDE LA ENFERMERA AYUDAR AL PACIENTE

● A pesar de ser generalmente una situación de urgencia, se debe procurar en lo posible un medio tranquilo y seguro para el paciente.

● Colocar al paciente en posición sentado o semi-sentado. Esta posición previene las náuseas y favorece el vaciado gástrico. En caso de shock, la posición será en decúbito supino y con la cabeza elevada.

● Informar al paciente que sentirá una presión en la nariz y en la garganta al introducir la sonda con globos. Presión que aumentará al ser hinchados los globos, pero que este malestar disminuye después de cierto tiempo de ser introducida.

● Si el paciente presenta hematemesis, se sentirá angustiado, muy preocupado por su estado y precisará una atención especial de enfermería.

● La administración de analgésicos, antes de colocar la sonda, disminuye la angustia del paciente.

Todos sabemos que en los pacientes afectos de hipertensión portal, una grave y frecuente complicación puede ser la hemorragia producida por ruptura de varices.

¿La ruptura de varices se produce siempre en el mismo lugar?

No. Puede ser un punto único o la combinación de varios.

La zona de sangrado puede estar localizada en:

ESÓFAGO DISTAL. Varices esofágicas  
CARDIAS. . . . . Varices cardiales  
FONDUS GASTRICO

### ● ¿Cuál es el método de diagnóstico utilizado para localizar el punto de sangrado?

La FIBROGASTROSCOPIA, siempre que sea posible.

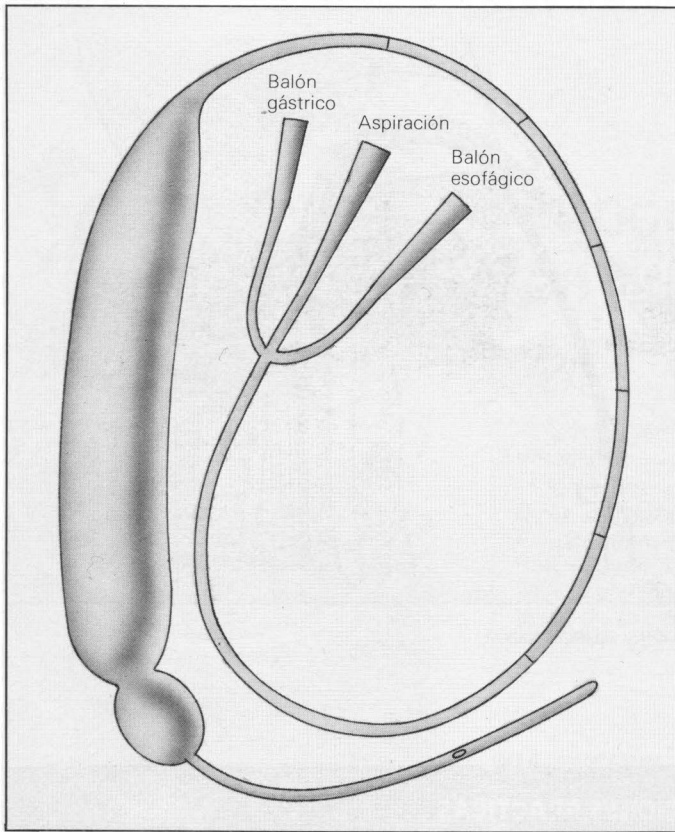


Figura 1. Balón de Sengstaken.

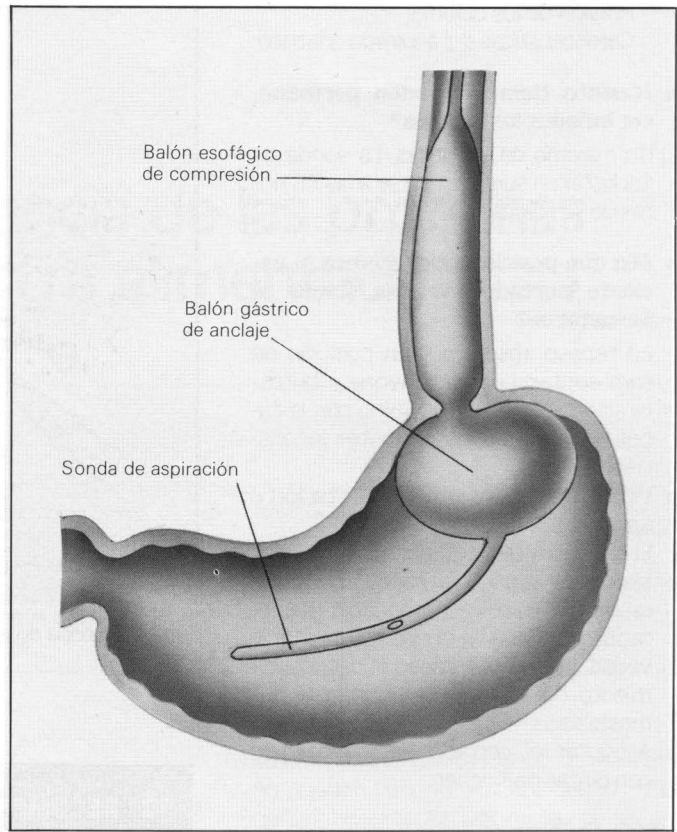


Figura 2. Balón de Sengstaken colocado en su lugar.

● **¿Cómo debe ser esta atención?**

- Ofrecer un ambiente tranquilo.
- Disipar temores y ansiedad.
- Asegurarse de que el paciente esté cómodo.
- Informar al paciente del porqué y cómo se realiza la técnica.

● **¿Debemos controlar la presión de los balones?**

Si y frecuentemente. Sobre todo del balón esofágico. Una pérdida de aire

implica: que disminuye la presión precisa, un posible desprendimiento del coágulo o un desplazamiento de la sonda.

● **¿Cómo se controla la presión del balón esofágico?**

Mediante manómetros específicos o con el esfingomanómetro. Es preferible medir la presión en milímetros de mercurio (fig. 4).

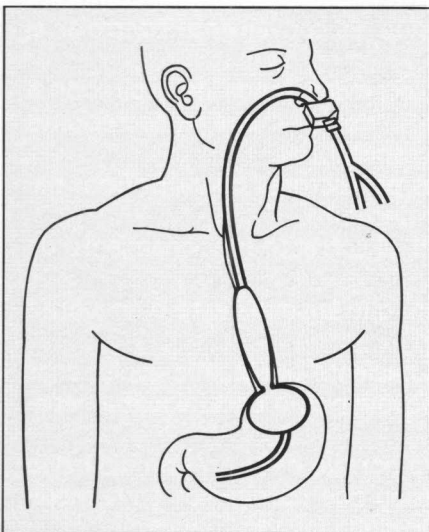


Figura 3.

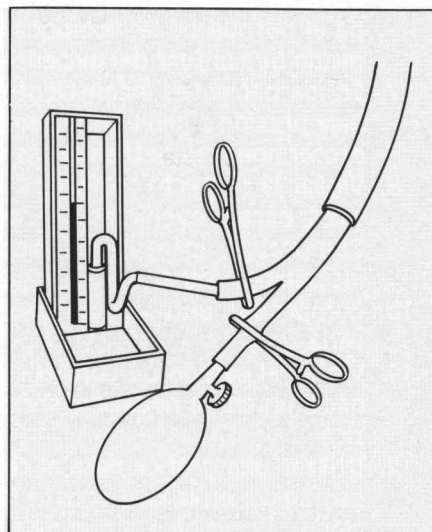


Figura 4.

**VENTAJAS**

- Permite el control de la eficacia del proceso de hemostasia, mediante la obtención de muestra gástrica.
- La luz central permite la administración de medicamentos por inyección directa.
- Siempre que se consiga una buena hemostasia, la sonda constituye un tratamiento eficaz, menos traumático que el quirúrgico.

**INCONVENIENTES**

- Su colocación puede resultar agresiva y a veces dolorosa.
- Produce ansiedad y malestar al paciente.
- Dificulta la movilización del paciente.
- El balón esofágico inflado impide la deglución de la saliva.

● **¿Cuáles son los controles más importantes que debemos registrar?**

- Control horario de:
- Constantes vitales

- Presión de los balones
- Características del aspirado gástrico

● **¿Cuánto tiempo pueden permanecer inflados los balones?**

Un máximo de 24 horas. La sonda de Sengstaken suele retirarse a las 48 horas de su colocación.

● **¿En qué posición colocaremos al paciente portador de una sonda se Sengstaken?**

En **reposo absoluto** y en posición de semi-sentado, lo que favorece la respiración. En decúbito supino con la cabeza elevada en los pacientes inconscientes.

● **Vigilar los estados de desorientación o agitación.**

El paciente puede arrancarse la sonda.

● **Mantener tapada la sonda mediante un tapón. No es recomendable la aspiración continua ni el drenaje por gravedad, ya que favorecen el desprendimiento del coágulo e impiden la hemostasia.**

● **Asegurar el cerrado de los balones con pinzas de Kocher.**

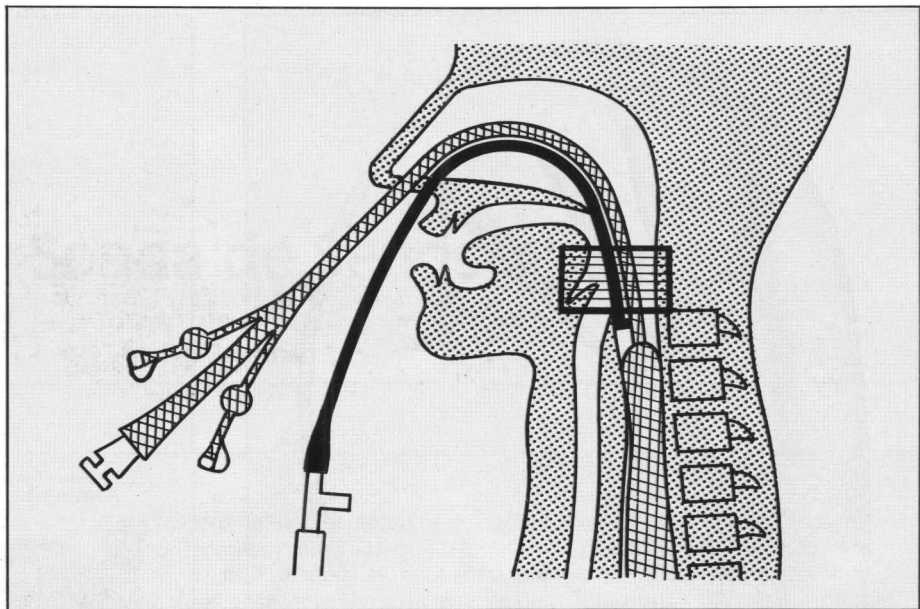


Figura 5. Sonda de aspiración y su localización.

**COMPLICACIONES**

- **Asfixia** como consecuencia del taponamiento de la faringe por el balón esofágico.
- **Broncoaspiración:**
  - Por vómito.
  - Por acúmulo de sangre o secreciones.
- **Erosión esofágica** por presión del balón contra la pared esofágica.
- **Perforación esofágica** al hinchar el balón gástrico en el esófago.

**LIMPIEZA Y CONSERVACIÓN**

La sonda de Sengstaken de caucho es de un solo uso y desechable. Nunca debe recuperarse.

**BIBLIOGRAFÍA**

Esteban de la Torre, A.: *Técnicas de Enfermería* Ediciones ROL, Barcelona, 1981

Ronald, L. y Koretz, Md.: *Manual de Gastroenterología práctica*, Ed. Interamericana, Madrid, 1983.

Marshall, D. Goldin: *Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico*, Ed. Labor, Barcelona, 1984.

Klipper, A.P., Anderson, Ch.B.: *Técnicas y procedimientos en urgencias*, Ed. Interamericana, México, 1983.

King, E.M., Wirck, L., Dyer, M.: *Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado* (2.ª ed.), Ed. Interamericana, México, 1984.

Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston, *Manual de procedimientos de enfermería*, Ed. Salvat, Barcelona, 1985.

Vander Salm, T., Cutler B., Brownell Wheeler, H.: *Atlas of bedside procedure* (1.ª ed.), Little Brown and Cia., EE.UU., 1979

**12 RECOMENDACIONES PRÁCTICAS**

1. Realizar lavados frecuentes con suero salino «frío» para mantener permeable la sonda. Evita a su vez la obstrucción por coágulos.
2. Mantener al alcance del paciente pañuelos de papel, bacinilla, timbre, etc. Es decir, todo aquello que precise dada su dificultad de movilización y la secreción salivar constante.
3. Tener siempre a mano unas tijeras para poder cortar los balones en caso de urgencia o ante la imposibilidad de deshincharlos.
4. Nunca se administrarán sustancias con la finalidad de que el paciente las degluta.
5. Realizar frecuentemente la higiene bucal. Las aspiraciones bucales deben ser suaves. Todo ello evita la obstrucción de las vías respiratorias y ayuda al paciente a expulsar la saliva, creándole sensación de bienestar.
6. Obtener la colaboración del paciente procurando que él comprenda el porqué de la incómoda posición. Es conveniente controlar el grado de confort del paciente.
7. En los pacientes inconscientes, colocar una sonda de aspiración a baja presión a nivel de la faringe, a fin de evitar que las secreciones orofaríngeas penetren en las vías respiratorias.
8. Vigilar la correcta colocación de los protectores de los orificios nasales, para prevenir las úlceras por decúbito.
9. Comprobar, antes de su colocación, el correcto funcionamiento de los balones gástrico y esofágico.
10. Comprobar, antes de su colocación, que la sonda esté bien lubricada.
11. Vigilar el estado de conciencia del paciente que puede evolucionar hacia un coma hepático, shock hipovolémico o encefalopatía hepática.
12. Utilizar una gráfica para el registro horario de la presión del balón esofágico, en la que conste la presión que obtenemos en la medición y la presión a la que dejamos el globo inflado.