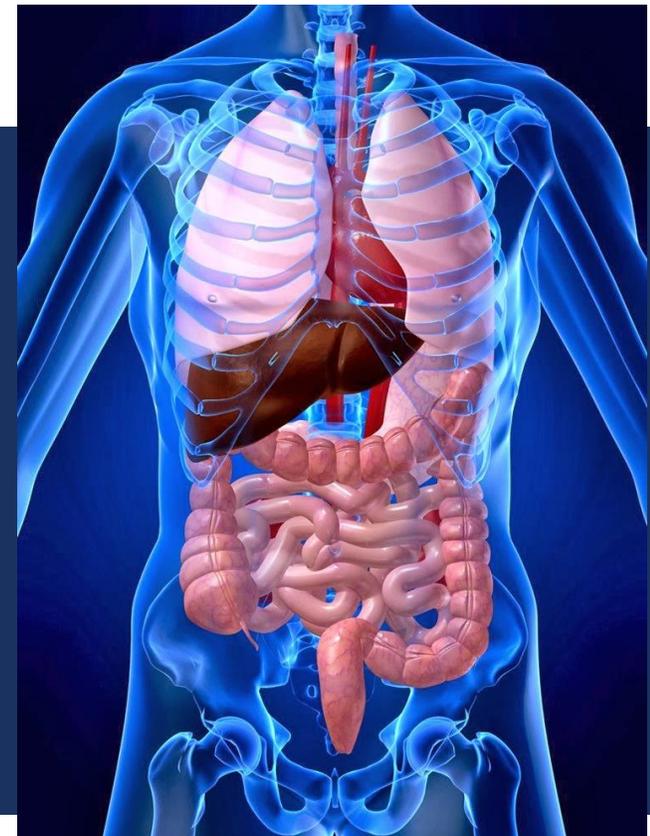
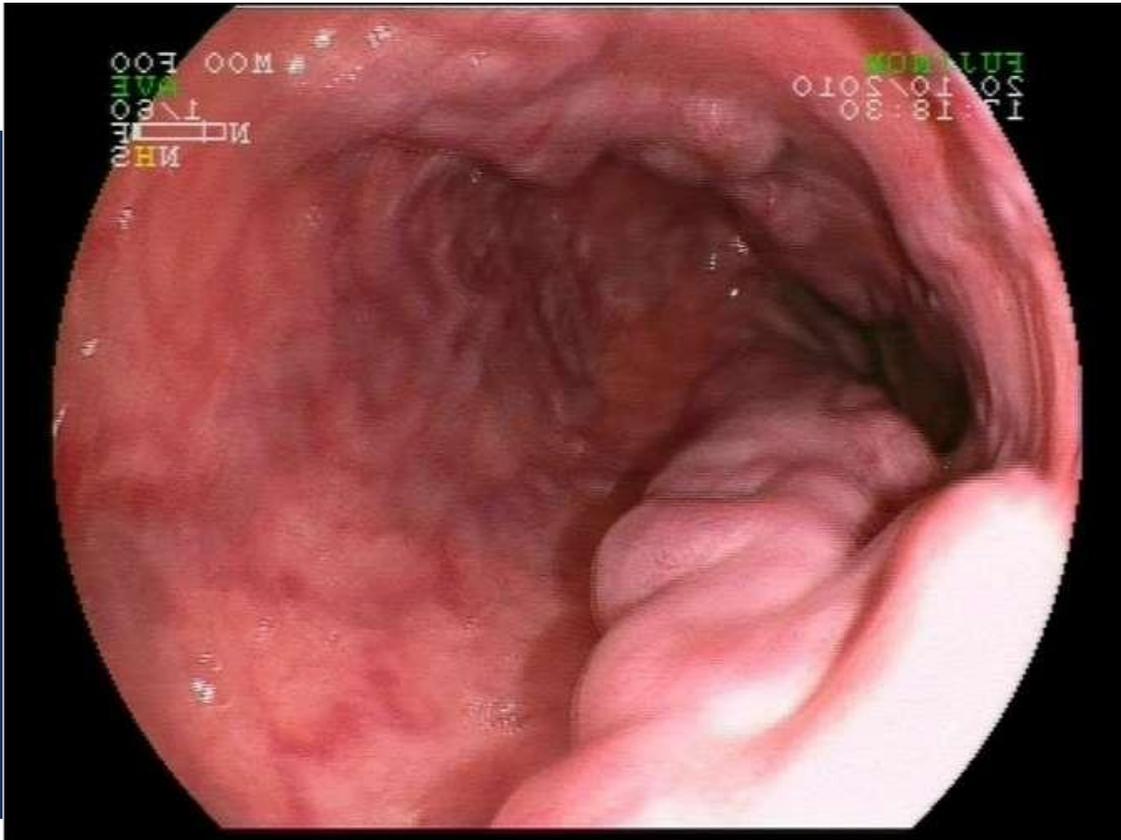


SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE



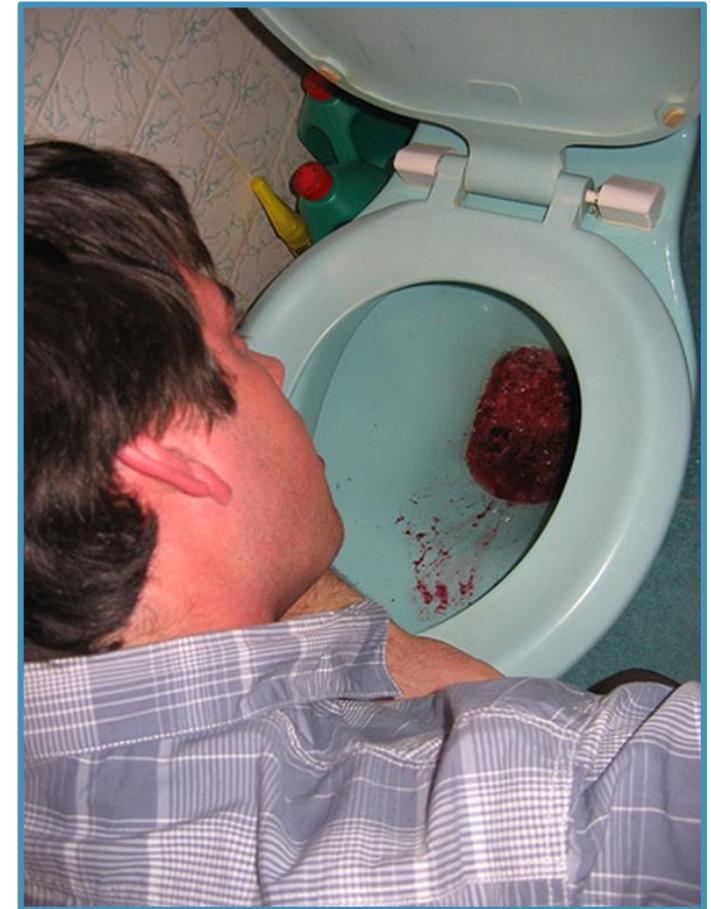
TAPONAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES

Las varices esofágicas sangrantes constituyen uno de los cuadros más aparatosos que se presentan en los servicios de urgencias y que requieren una atención inmediata que, en ocasiones, no permiten esperar la llegada del especialista.



TAPONAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES

El tratamiento de elección es la esclerosis o la ligadura con bandas elásticas de las varices sangrantes realizados durante la endoscopia, asociado o no al tratamiento con fármacos vasoactivos, como la somatostatina, vasopresina, glipresina u octreótido.

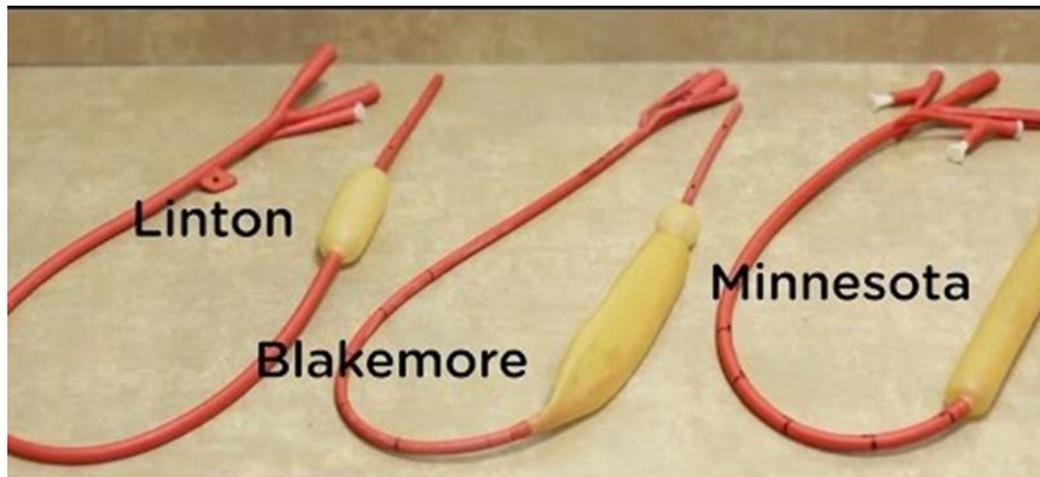


TAPONAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES

El taponamiento con balón ha sido y, aún hoy en día sigue siendo, una posibilidad no quirúrgica al alcance de la mano para detener la hemorragia por varices esofágicas. Proporciona control temporal (70%-90%) hasta que se establece una terapia más definitiva.



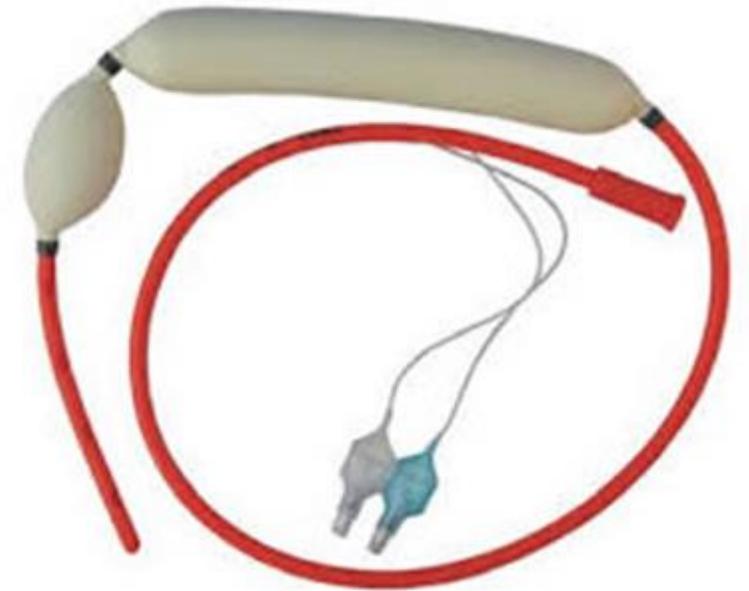
TAPONAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS SANGRANTES



- * El primer taponamiento por varices sangrantes fue publicado por Whestphal en 1930, quien aplicó presión local mediante una sonda esofágica.
- * En 1949 Patton y Johnson
- * En 1950 Sengstaken-Blakemore publican la realización de una sonda con balones gástrico y esofágico.
- * Las sondas de Linton Nachlas, que tienen solamente el balón gástrico y una vía para aspirar el esófago.

SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

La sonda de Sengstaken--Blakemore es una sonda de hule rojo y de látex ámbar, de una longitud de 95 cm con marcas. Hay calibres de 14 a 20 Fr. Es una sonda nasogástrica, flexible, con orificio central en la punta, que tiene perforaciones laterales a lo largo de 10 cm.

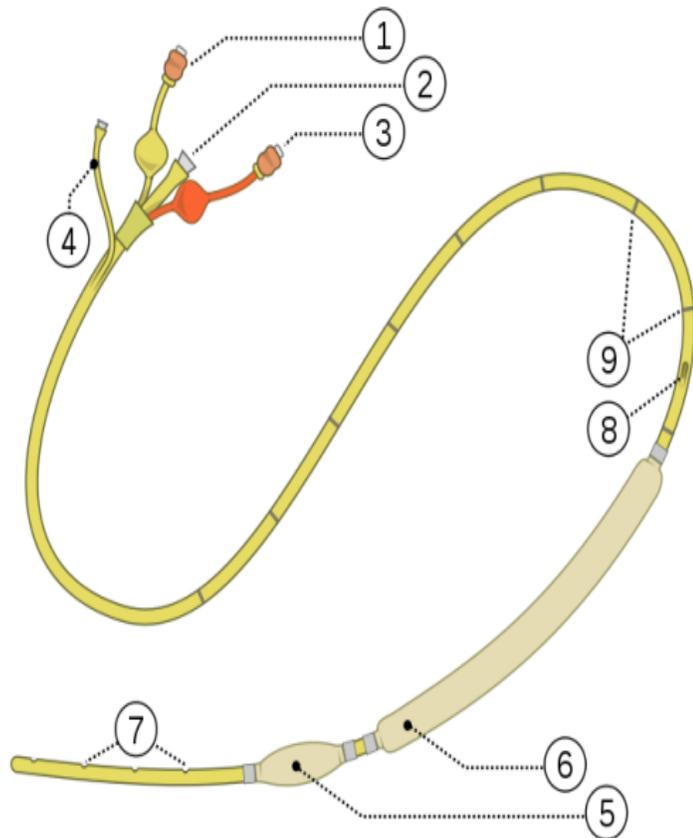


SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

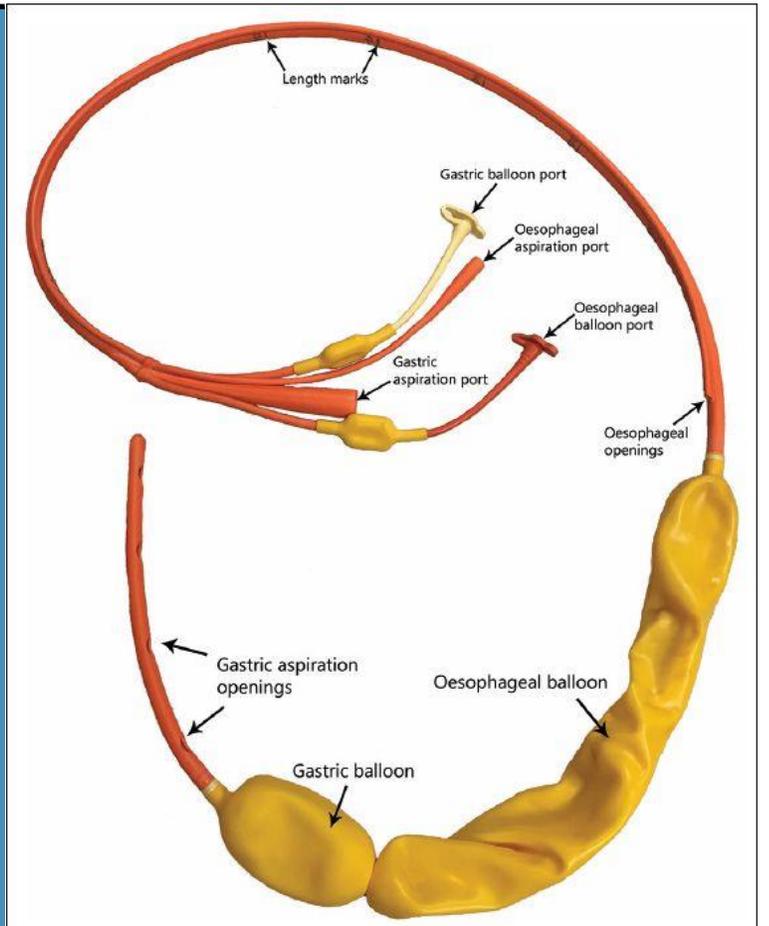
Consta de tres vías: una para inflar cada balón (esofágico y gástrico) y otra para aspirare el estómago, lavar o alimentar.



SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE



1. Puerto de balón gástrico
2. Puerto de aspiración gástrica
3. Puerto de balón esofágico
4. Puerto de aspiración de esófago
5. Balón gástrico
6. Balón esofágico
7. Aberturas de aspiración gástrica
8. Abertura de aspiración esofágica
9. Marcas longitudinales



SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Indicaciones

- © Hemorragia digestiva alta no controlada con tratamiento médico en la que se sospechan varices esofágicas y no se dispone de endoscopio para su confirmación y tratamiento.
- © HDA por varices esofágicas o fúndicas en la que ha fracasado la escleroterapia.
- © Sangrado por síndrome de Mallory--Weiss.



SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Contraindicaciones

La falta de colaboración del paciente es una contraindicación relativa.



Los factores de riesgo que pueden aumentar la morbimortalidad durante el procedimiento son los siguientes:

- a. Edad mayor a 60 años.
- b. Enfermedades asociadas.
- c. Pérdidas hemáticas intensas (> 5 unidades).
- d. Estado de choque.
- e. Alteración de la conciencia.
- f. Coagulopatías.
- g. Hemorragia recidivante (durante las primeras 72 h).

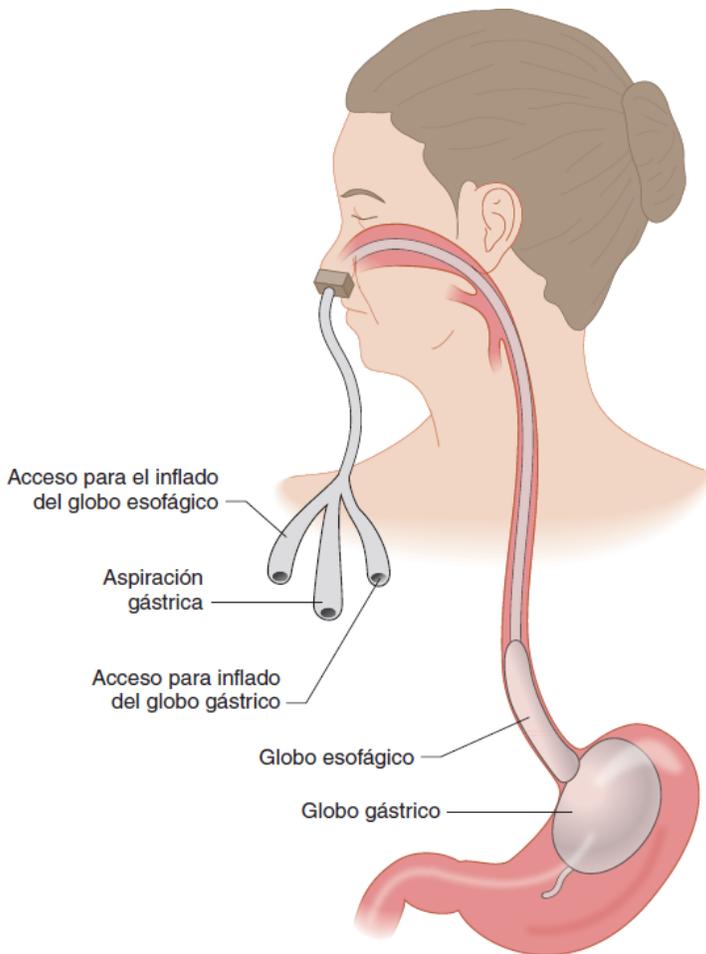
SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Material

1. Sonda de Sengstaken-.Blakemore
2. Esfingomanómetro.
3. Aspirador.
4. Jeringa de 50 ml.
5. Xilocaína en aerosol a 4%.
6. Lubricante soluble en agua.
7. Esparadrapo.
8. Tijeras.



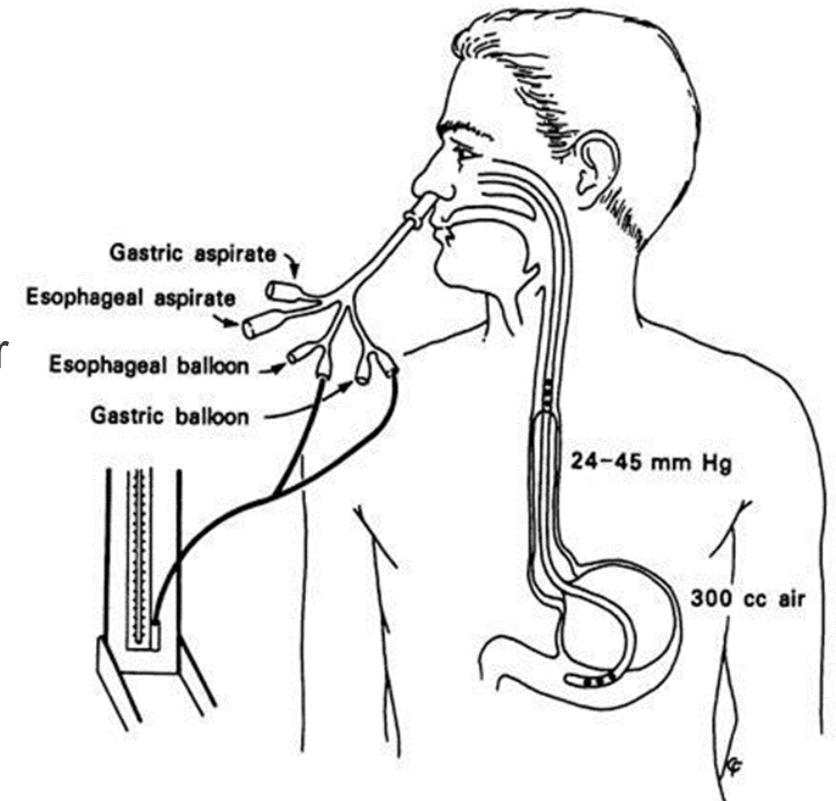
Cuidados previos a la instalación de la sonda sengstaken-blakemore



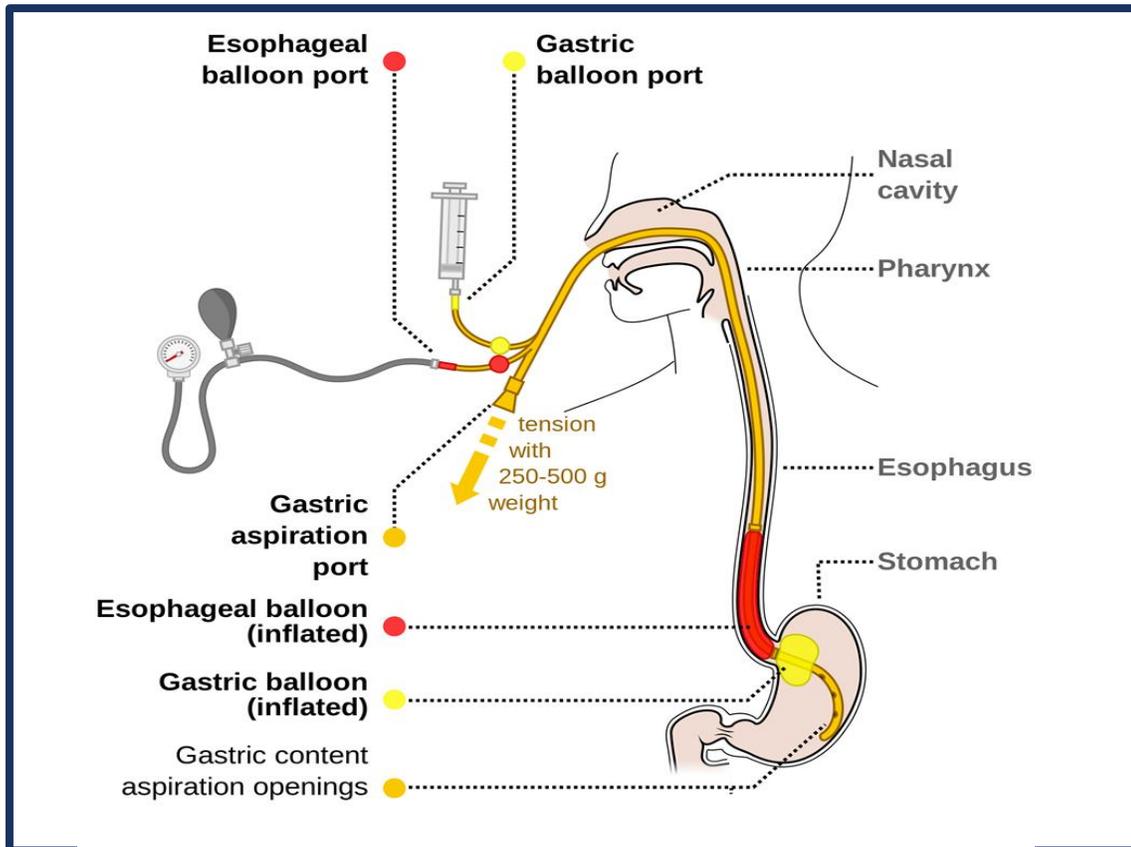
1. Debido a que pueden ocurrir complicaciones potencialmente letales con el uso de esta sonda, los pacientes deben ser monitorizados.
2. Se recomienda el control de la vía aérea mediante la intubación endotraqueal para minimizar el riesgo de broncoaspiración, sobre todo en pacientes con alteración del estado de conciencia.
3. Se recomienda, antes de la colocación de la sonda, descompresión y vaciamiento del contenido del estómago, mediante una sonda nasogástrica u orogástrica, y posteriormente retirarla.
4. Comprobar la permeabilidad u obstrucción de una fosa nasal, ya sea con un rinoscopio o a través de la expulsión de aire por cada fosa.

TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE LA SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

- Introducir la sonda de S-B en el esófago a través de la nariz. Tras lubricar la punta, se introduce la sonda con los balones desinflados hacia el esófago, siguiendo los mismos pasos que para la colocación de una SNG.
- Confirmar la posición del balón gástrico en el estómago: Introducir la sonda hasta la marca de aproximadamente 50 cm.
- Inflar el balón gástrico. Inyectar 200-250 cc de aire, clampar y retirar suavemente la sonda hasta encontrar resistencia para que el balón quede anclado en la unión gastroesofágica.
- Comenzar la aspiración gástrica



TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE LA SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE



- Inflar el balón esofágico
 - ☞ Si no se interrumpe el sangrado, hay que inflar el balón esofágico haciéndose lentamente hasta una presión aproximada de 40 mm de Hg.
 - ☞ La oscilación de la aguja del manómetro con la respiración deberá ser de 5-10 mm de Hg.
 - ☞ Clampar el balón esofágico para evitar fuga aérea. Es importante aspirar las secreciones que quedan por encima del balón esofágico.

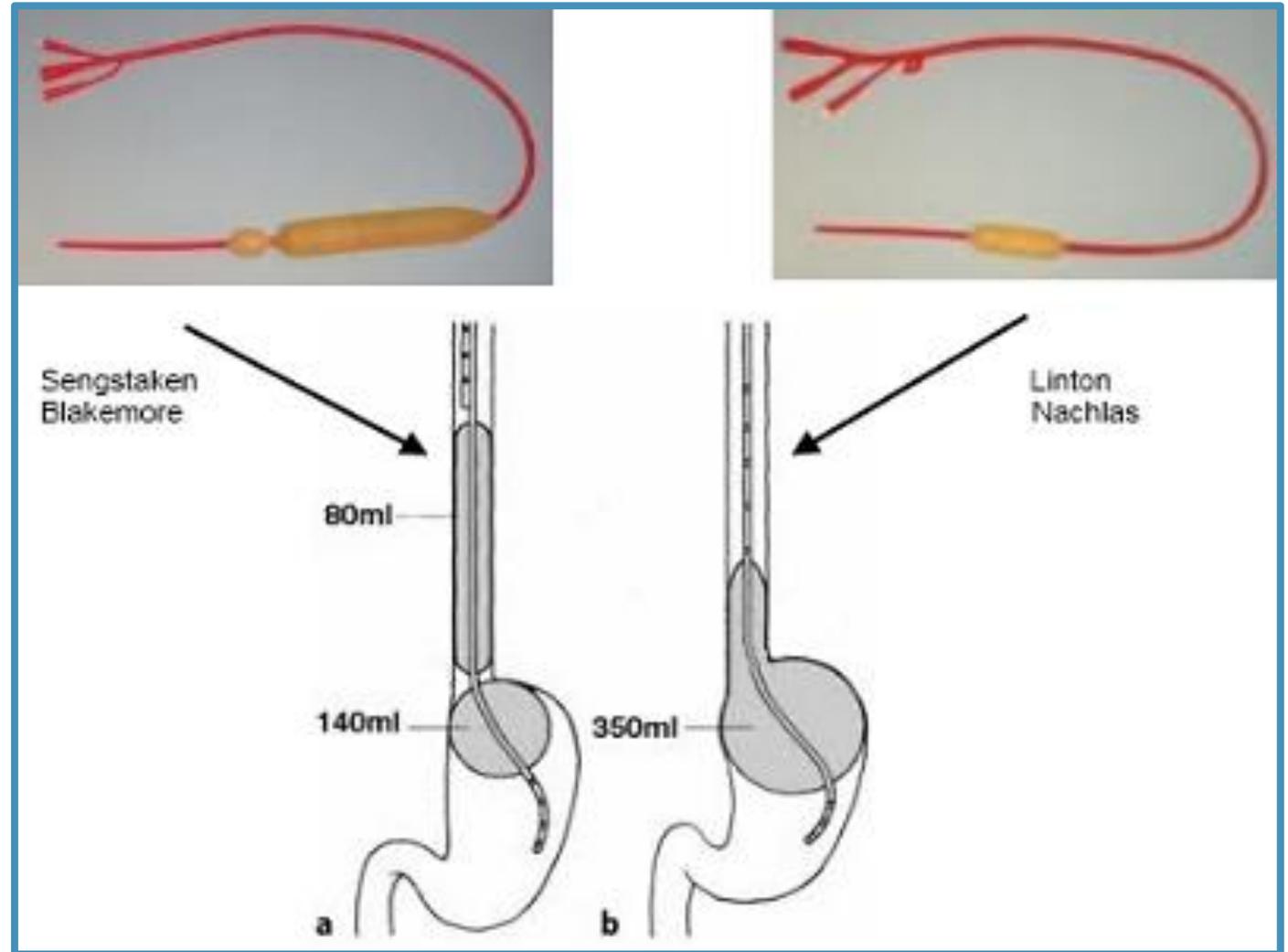
TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE LA SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE

- ✓ Clampar el balón esofágico para evitar fuga aérea. Es importante aspirar las secreciones que quedan por encima del balón esofágico.
- ✓ Se debe comprobar la presión del balón esofágico con una frecuencia horaria.
- ✓ A las 24 horas se debe deshinchar el balón esofágico. Si no se evidencia sangrado se deja hinchado el balón gástrico 24 horas más; después se deshincha y se deja la sonda colocada con los balones desinflados otras 24 horas, por si fuese necesario su recolocación.

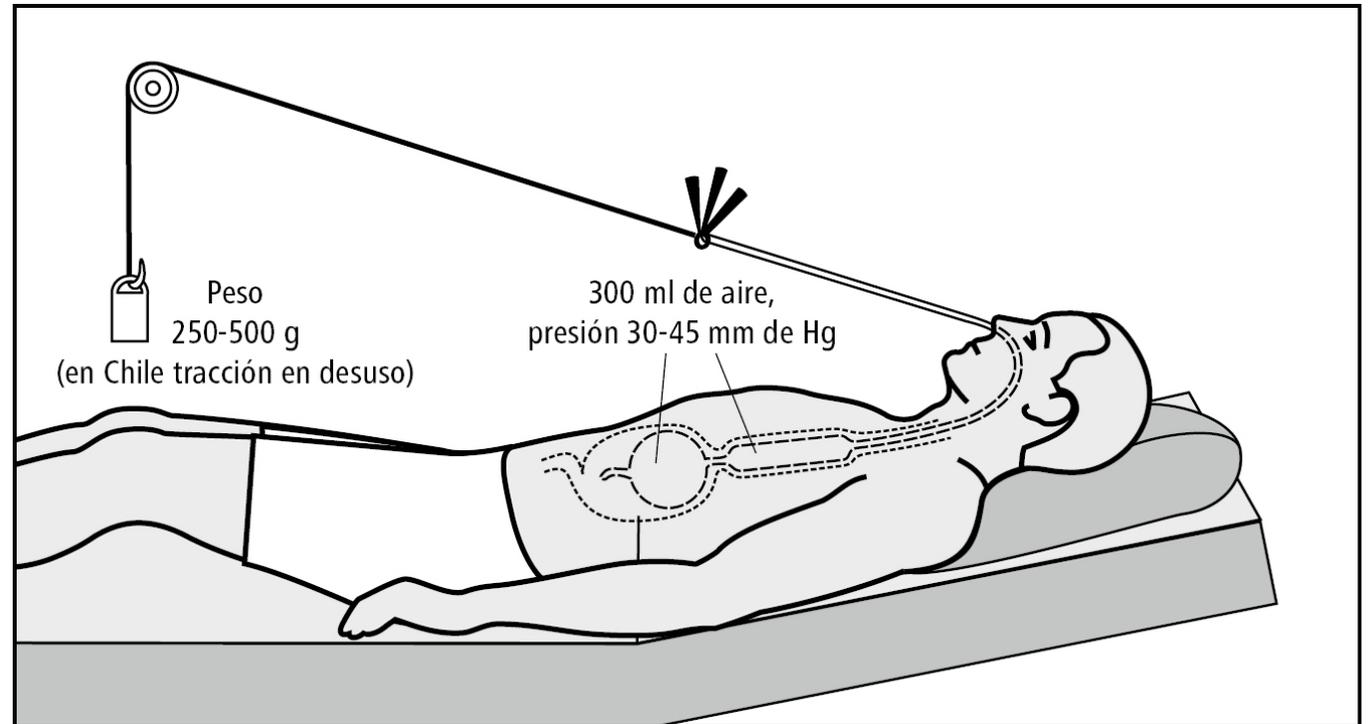
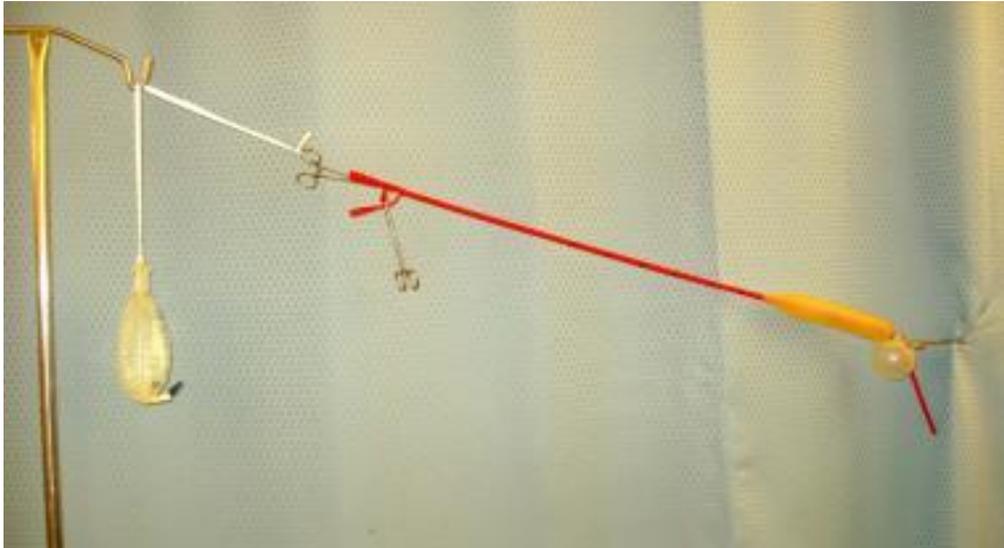


SONDA BALÓN LINTON-NACHLAS

En cualquier caso, no es recomendable mantener la sonda más de 72 horas. En caso de varices gástricas se empleará la sonda balón Linton-Nachlas, que se colocará de forma similar al anterior, llenando su único balón con unos 600 ml de aire, aplicándole tracción de 1 kilo.



TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE LA SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE



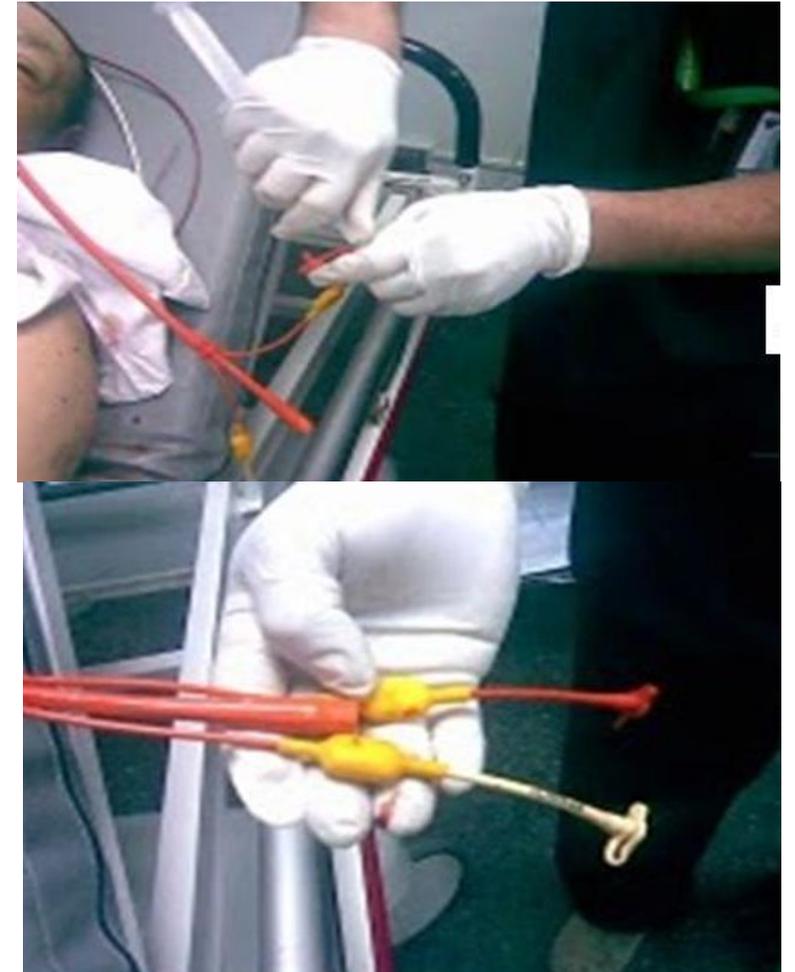
TÉCNICA PARA EL RETIRO DE LA SONDA



1. Mantener la compresión por un máximo de 72 h.
2. Se debe desinflar el balón esofágico durante 30 minutos cada 12 h para reducir la posibilidad de necrosis de la mucosa esofágica.
3. Practicar lavado gástrico cada 60 minutos.
4. Si hay control de la hemorragia después de 24 h, desinflar el balón esofágico; se suelta la tracción, pero el balón gástrico no se desinfla, y se retira la sonda nasogástrica.

TÉCNICA PARA EL RETIRO DE LA SONDA

5. Se vigila al paciente de 6 a 12 h; si no hay datos de hemorragia, se vacía el balón gástrico sin retirar la sonda.
6. De no haber sangrado en las siguientes 24 h, se extrae la sonda.
7. De reaparecer la hemorragia, se restablece la presión gástrica y esofágica y se indica cirugía o esclerosis endoscópica.
8. Antes de retirar la sonda, hacer que el paciente ingiera aceite o alguna sustancia lubricante, para disminuir la posibilidad de lesión de la mucosa esofágica.



CUIDADOS GENERALES

- Monitoreo continuo cardiorrespiratorio.
- Monitoreo de las pruebas de coagulación.
- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea y considerar intubación.
- En caso de obstrucción aguda de las vías aéreas por cambio de posición de la sonda, cortar la sonda con unas tijeras y retirarla.
- Mantener la faringe limpia de secreciones.



COMPLICACIONES

- Broncoaspiración
- Asfixia, por desplazamiento del balón esofágico inflado a la hipofaringe, con obstrucción de la misma.
- Rotura esofágica, por excesiva presión del balón esofágico
- Erosión de la unión gastroesofágica o del esófago, por presión prolongada o excesiva
- Necrosis del ala nasal o lesión de la piel



Figure 4: The endoscopist introduces the endoscope into the patient (mannequin used for illustration) in a similar manner to a routine intubation, dragging the SB tube by its side. The assistant guides the SB tube.