

**Tabla II**  
**Complicaciones**

Intubación nasotraqueal.  
Broncoaspiración.  
Epistaxis.  
Erosión esofágica.  
Hemorragia gástrica.  
Erosión nasal.  
Otitis media.  
Arcadas incoercibles.

**Otitis media.** Por edema en la salida de la trompa de Eustaquio por traumatismo producido por la sonda nasogástrica. Para prevenir esta complicación deberemos retirar la sonda tan pronto como sea posible y/o pulverizar descongestionantes tópicos dentro de la fosa nasal como tratamiento.

**Arcadas incoercibles.** Producidas por aumento del reflejo faríngeo (arcadas) o en pacientes emocionalmente lábiles. Para evitarlo debemos explicar el procedimiento al paciente, no hablar de náuseas o vómitos y recomendar respiración profunda por la boca después de la implantación de la sonda.

# Control de varices esofágicas sangrantes

## INTRODUCCION

Las varices esofágicas sangrantes son uno de los cuadros más aparatosos que se presentan en los servicios de urgencias y requieren una atención inmediata y decidida que, a veces, no permite demora para esperar la llegada del especialista. El control rápido de la hemorragia y la reposición de la sangre perdida permiten salvar la vida del enfermo y ofrecer posteriormente tratamientos electivos. Sin embargo, el procedimiento, aunque sencillo, exige haber observado personalmente su ejecución.

## INDICACIONES

Hemorragia digestiva alta masiva y no controlada con medidas farancológicas y que se sospeche o tenga la certeza de que es secundaria a varices esofágicas o fúndicas.

Nota: El paciente debe estar sometido a vigilancia intensiva mientras tenga colocada la sonda, con control estricto de sus signos vitales.

## CONTRAINDICACIONES

Falta de colaboración del paciente.

## EQUIPO NECESARIO

### Preparación de la sonda.

Sonda de Sengstaken-Blakemore o,  
Sonda de Mennesota (4 luces con una abierta a esófago por encima del balón esofágico.  
Sonda nasogástrica # 18.  
Jeringa de 50 cm<sup>3</sup> adaptable a los orificios de la sonda.  
Lubricante soluble en agua.

### Colocación de la sonda.

Batea.  
Vaso de agua con paja para sujección.  
Conexión en Y.  
Sistema de conexión.  
Manómetro del esfigmomanómetro.  
Cuatro pinzas tipo Pean.

### Fijación de la sonda.

Esparadrapo de caucho-espuma de 5 cm, cortados en el centro, para utilizar como tope.

### Desinflado de emergencia.

Tijeras largas.

### Posición.

Sentado o semiincorporado (45°) o, si el paciente está chocado, en decúbito supino, con la cabeza levantada (figura 1).

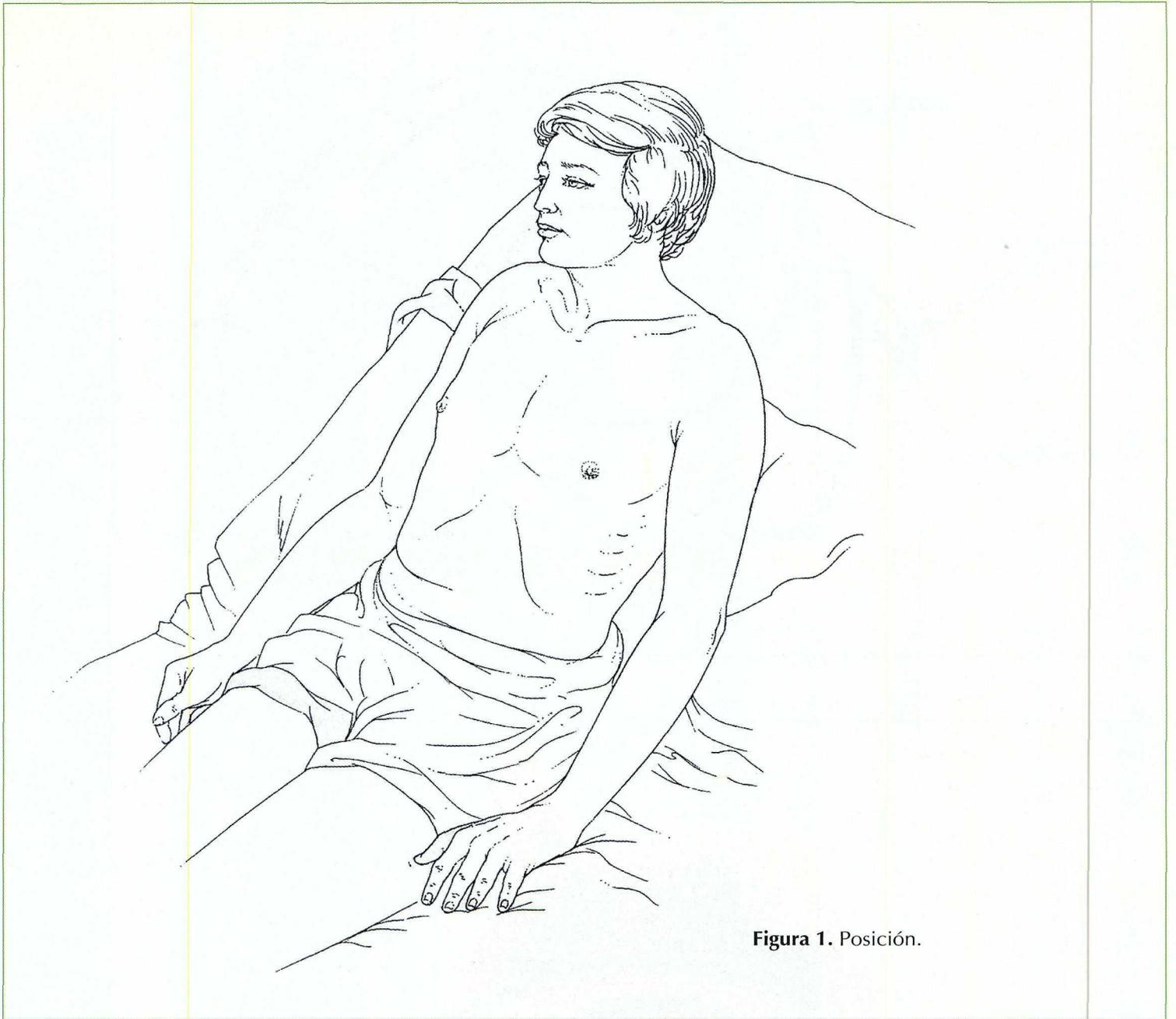


Figura 1. Posición.

## TECNICA

### 1. Marcar las sondas nasogástrica (NG) y Sengstaken-Blakemore (SB).

Si no disponemos de una sonda de Minnesota de 4 luces, usaremos la modificación de Boyce que consiste en marcar una sonda NG y una sonda de SB con esparadrappo, de manera que coincidan la punta de la sonda NG con la parte superior del balón esofágico (figura 2).

### 2. Comprobar el buen funcionamiento de los dos balones (gástrico y esofágico) y de la sonda gástrica.

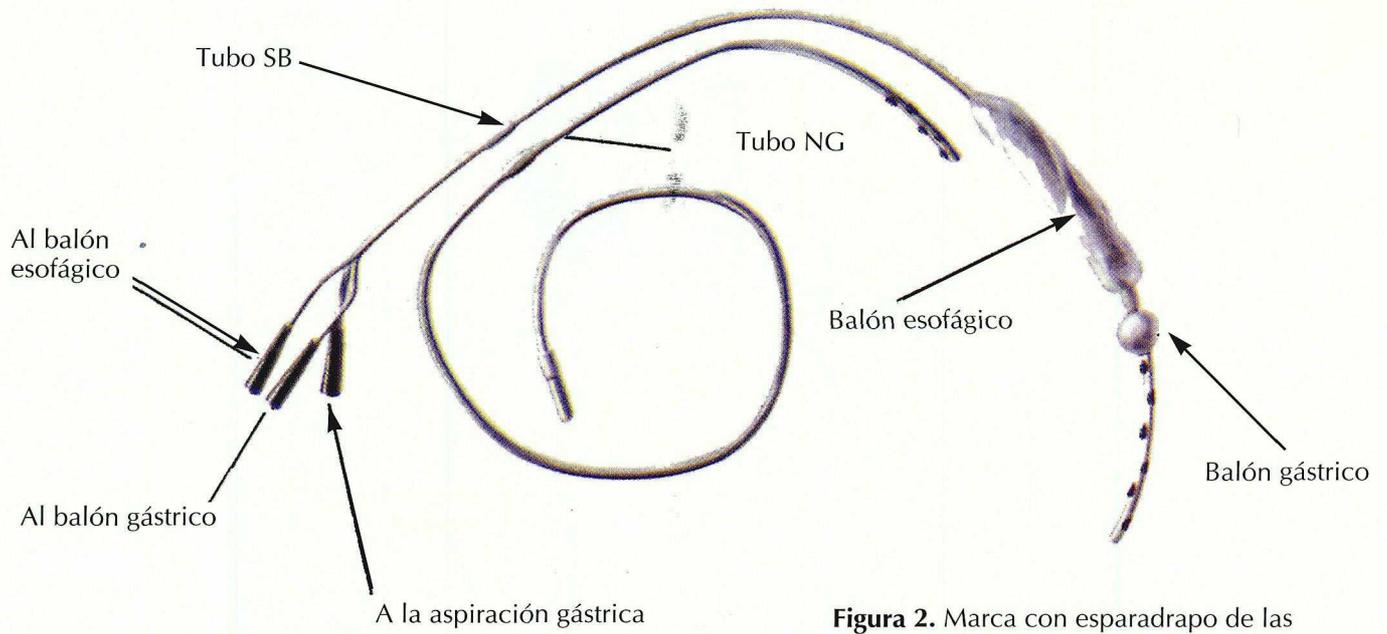
### 3. Lubricar la sonda SB; desinflar los dos balones.

### 4. Introducir la sonda SB en el esófago a través de la fosa nasal.

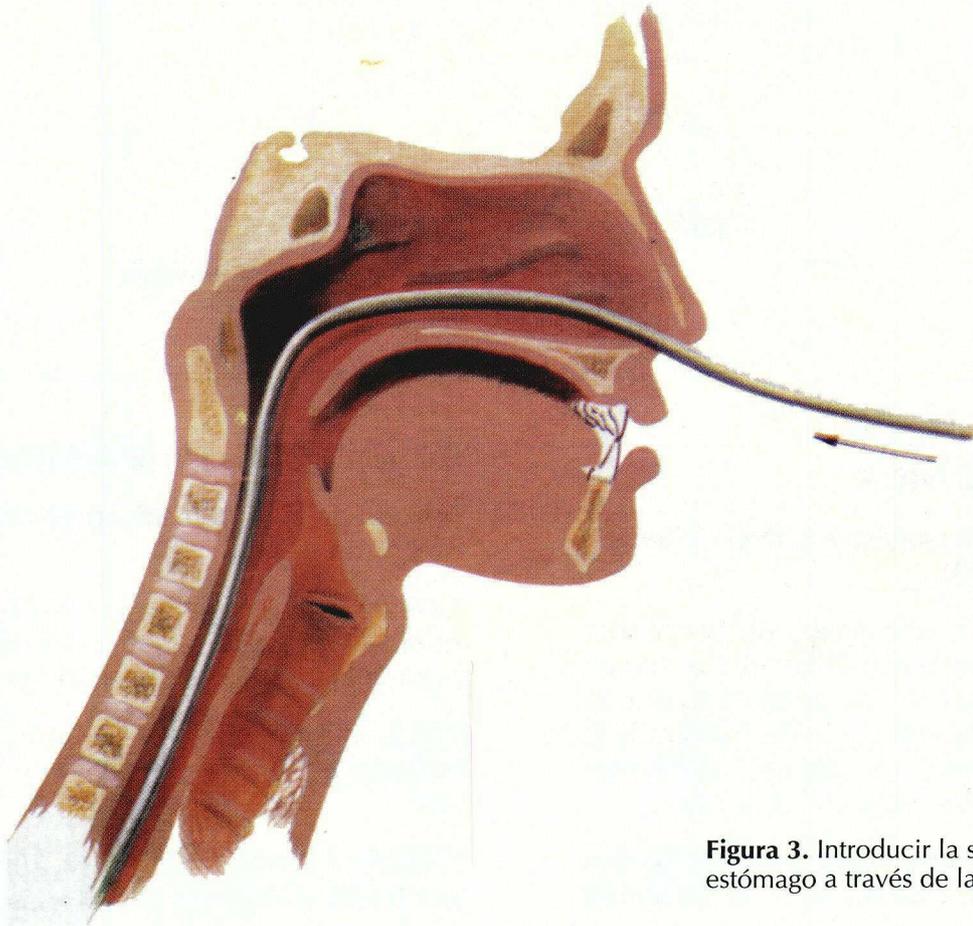
Utilizar la fosa nasal que ofrezca mayor permeabilidad; si la sonda es demasiado grande para la fosa nasal, introducirla por la boca.

Deslizar la sonda por la parte inferior de la fosa nasal para que no tropiece con los cornetes.

Cuando la sonda esté en la rinofaringe, avanzar hacia el esófago mientras el paciente traga agua.

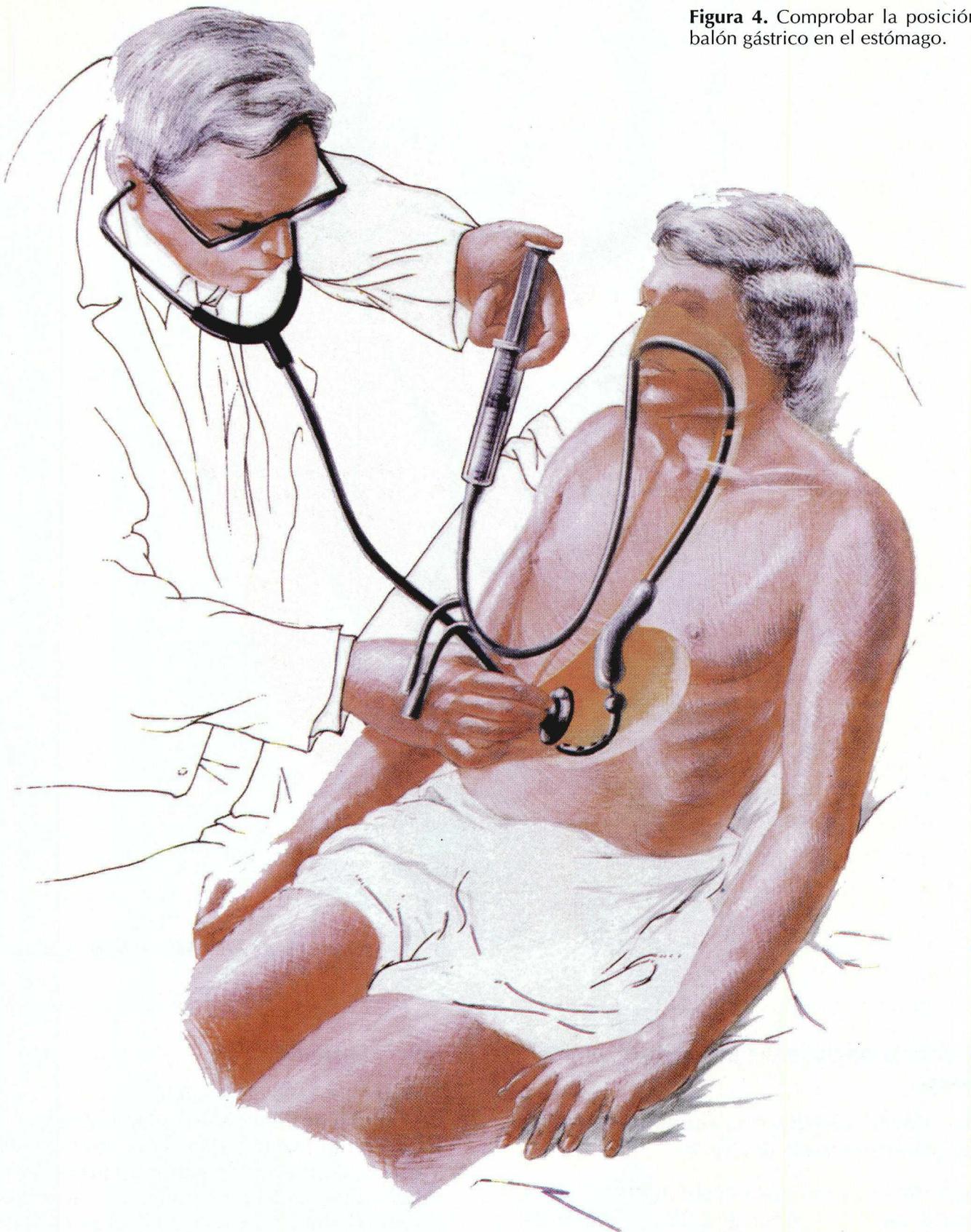


**Figura 2.** Marca con esparadrapo de las sondas nasogástricas (NG) y Sengstaken-Blakemore (SB).



**Figura 3.** Introducir la sonda SB en el estómago a través de la fosa nasal.

**Figura 4.** Comprobar la posición del balón gástrico en el estómago.





**Figura 5.** Inflado del balón gástrico.

**5. Confirmar la posición del balón gástrico en el estómago.**

En los adultos, introducir la sonda hasta aproximadamente la marca de 50 cm.

Inyectar aire (50 ml) por el tubo gástrico, auscultando sobre el estómago para confirmar la posición del extremo de la sonda (cuando sea posible, puede efectuarse un control fluoroscópico para impedir que el balón gástrico pueda inflarse dentro del esófago).

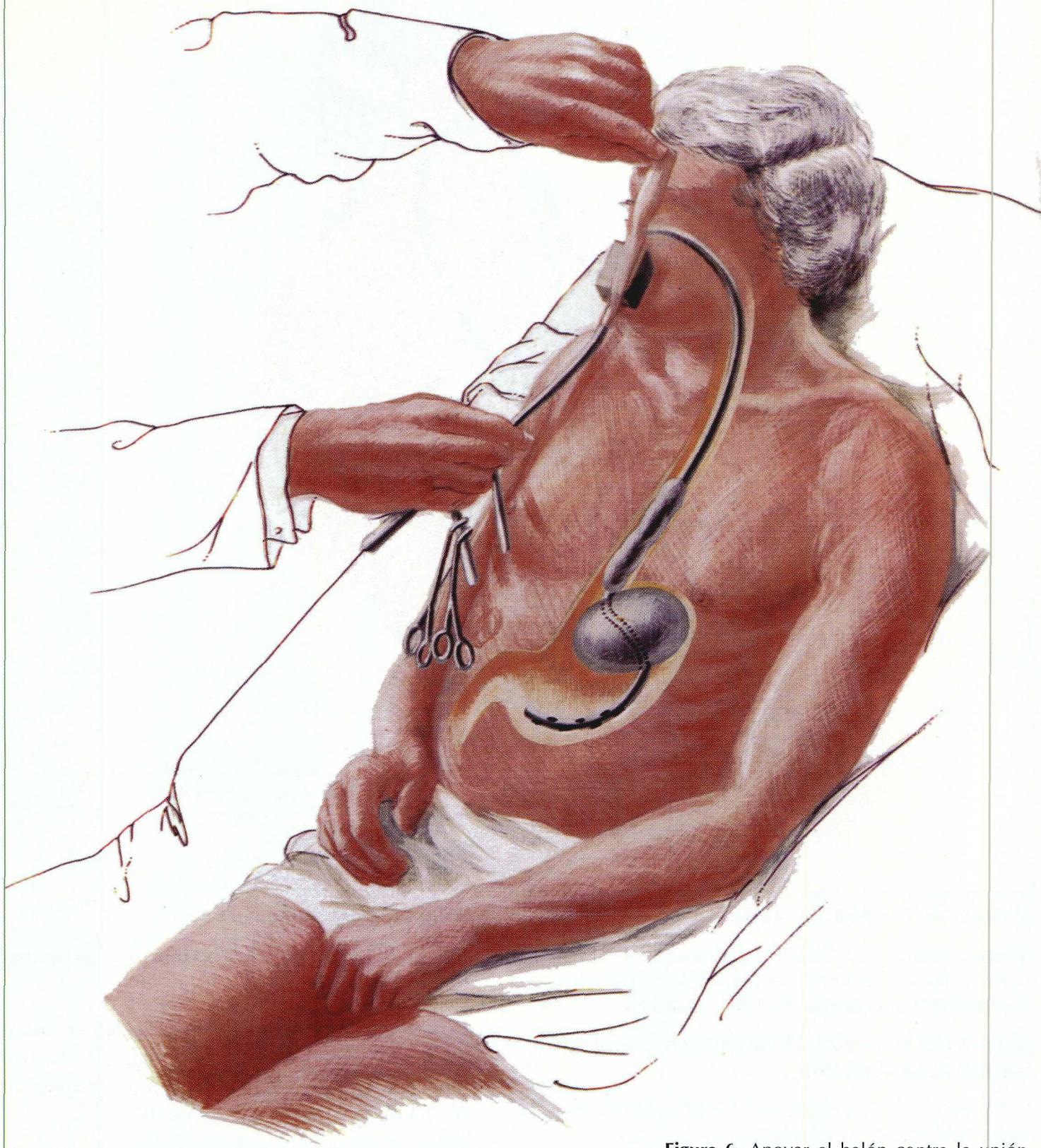
**6. Inflar el balón gástrico.**

Utilizar 200-250 cc de aire.

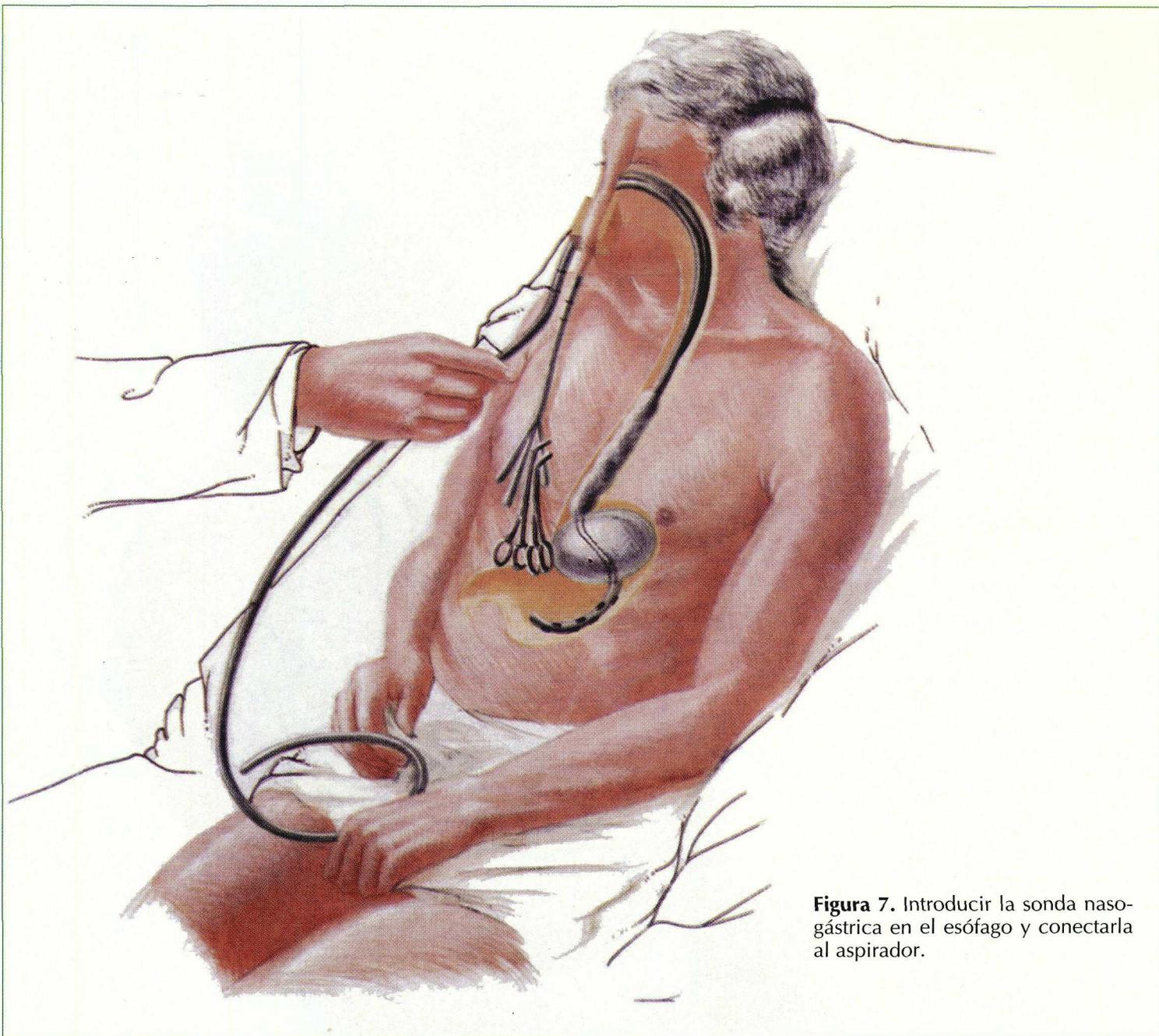
Cerrar con dos pinzas el balón gástrico.

Tirar con la sonda para que el balón descansa y quede anclado en la unión gastroesofágica.

Fijarla colocando un pedazo de caucho-espuma alrededor de la sonda en el punto en que ésta sale de la fosa nasal. Fijar el pedazo a la sonda con esparadrapo, de forma que se produzca una tracción muy suave (se puede aplicar una tracción de 250-300 gr).



**Figura 6.** Apoyar el balón contra la unión gastroesofágica e inmovilizarlo.



**Figura 7.** Introducir la sonda nasogástrica en el esófago y conectarla al aspirador.

**7. Comenzar la aspiración gástrica.**

Deben efectuarse lavados gástricos con solución salina con la frecuencia necesaria para mantener el estómago libre de coágulos.

**8. Introducir la sonda nasogástrica en el esófago y conectar al aspirador.**

Introducir a través de la fosa nasal hasta la distancia previamente medida.

*Alternativa:* Unir la sonda NG a la de SB con seda gruesa de sutura antes de introducirlas. El aumento de tamaño total hará necesario que en este caso la introducción debe efectuarse por la boca.

**9. Inflar el balón esofágico.**

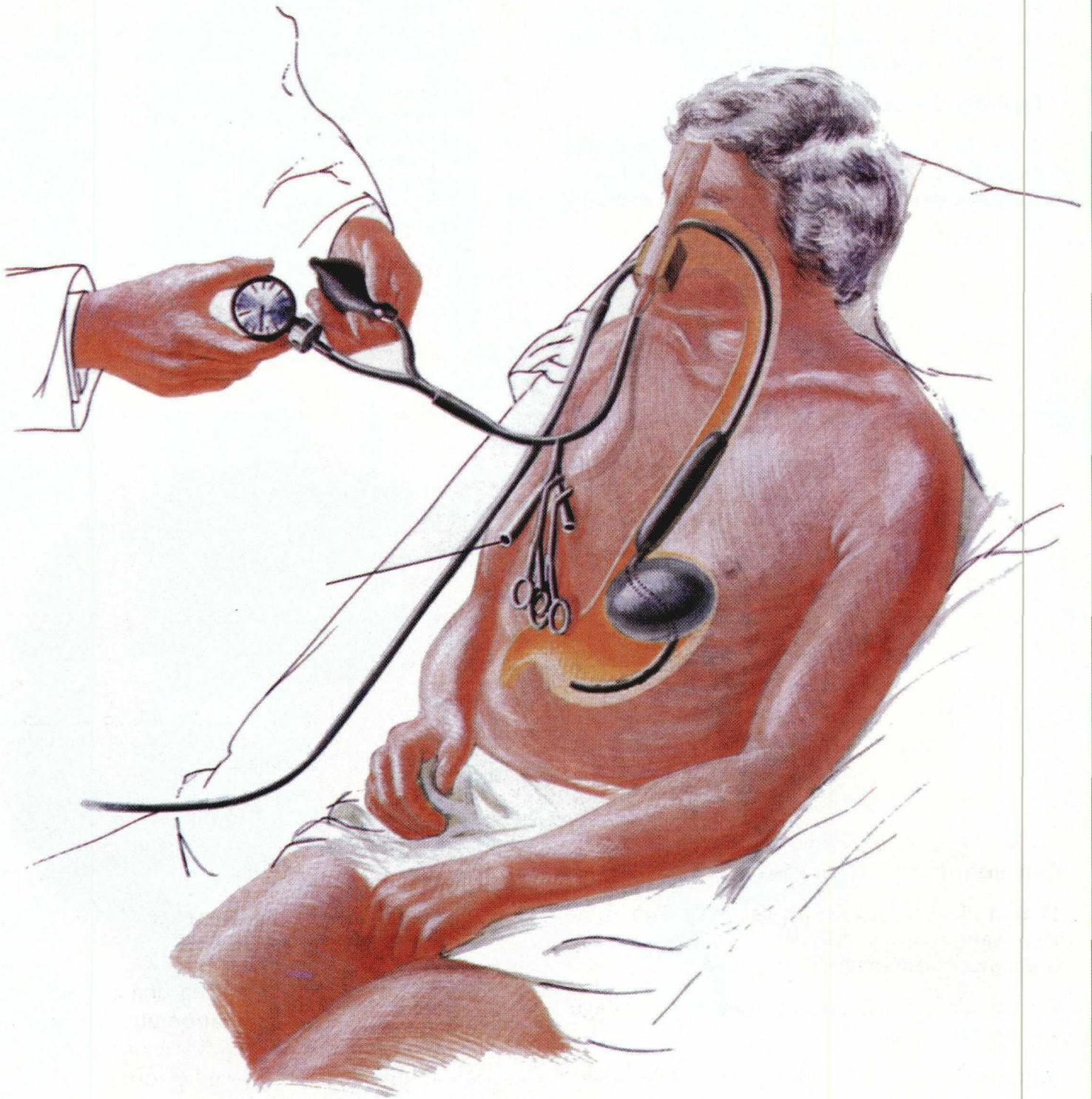
Si no se interrumpe el sangrado, debemos inflar el balón esofágico.

Colocar la pera de inflar en una de las ramas de la conexión y el manómetro en la otra. Inflar el balón esofágico hasta una presión de 35-40 mmHg (aprox. 50 ml de aire).

Si es necesario para controlar la hemorragia, la presión puede aumentarse hasta 45 mmHg.

Cerrar el tubo colocando dos pinzas.

Comprobar la presión cada hora.



**Figura 8.** Inflar el balón esofágico

## 10. Tener listas las tijeras a la cabecera de la cama.

Puede haber oclusión de la vía aérea si el balón esofágico entra en la hipofaringe.

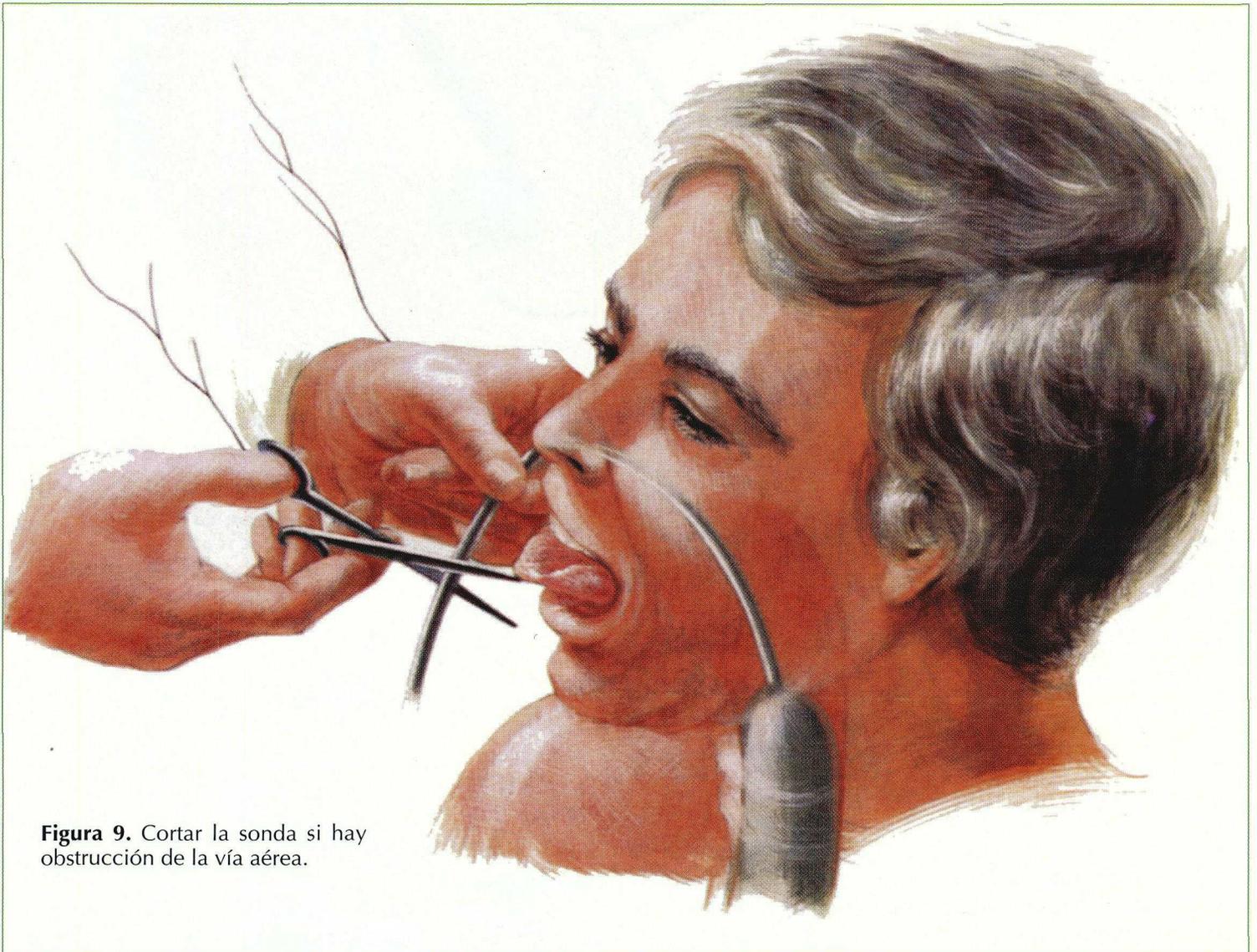
El tratamiento de emergencia consiste en cortar el tubo SB para que se desinflen los dos balones y, después, sacar la sonda.

### Desinflar los balones.

A las 24 horas se debe desinchar el balón esofágico y a las 36-48 horas el gástrico. **Siempre desinflar primero el balón esofágico.**

### Tabla I Técnica para la colocación de una sonda de Sengstaken-Blakemore

1. Marcar las sondas nasogástrica (NG) y Sengstaken-Blakemore (SB).
2. Comprobar el buen funcionamiento de los dos balones (gástrico y esofágico) y de la sonda gástrica.
3. Lubricar la sonda SB; desinflar los dos balones.
4. Introducir la sonda SB en el estómago a través de la fosa nasal.
5. Confirmar la posición del balón gástrico en el estómago.
6. Inflar el balón gástrico.
7. Comenzar la aspiración gástrica.
8. Introducir la sonda nasogástrica en el esófago y conectar al aspirador.
9. Inflar el balón esofágico.
10. Tener listas las tijeras a la cabecera de la cama.



**Figura 9.** Cortar la sonda si hay obstrucción de la vía aérea.

## COMPLICACIONES

**Broncoaspiración.** Vómitos durante la inserción de la sonda o reflujo de sangre o secreciones desde encima del balón esofágico. Por ello, se debe comenzar la aspiración gástrica inmediatamente después de haber colocado la sonda de SB, aspirar el fondo de saco esofágico para impedir la acumulación de sangre o de secreciones y si se requiere intubación endotraqueal, efectuarla antes de colocar la sonda de SB.

**Asfixia.** Desplazamiento del balón esofágico inflado a la hipofaringe con obstrucción de la misma. Para evitar esta situación nos debemos asegurar de que el balón gástrico está en posición adecuada y que tiene un volumen adecuado para anclar la sonda en el estómago, mantener al paciente bajo constante observación y si a pesar de todo se obstruye la vía aérea, cortar inmediatamente el tubo con las tijeras, para que se desinflen los dos balones. Comprimir entre la nariz y el sitio de corte, y retirar la sonda.

Es recomendable no utilizar nunca pesos para mantener la tracción, ya que puede ser causa de

que el balón esofágico sea arrastrado hacia la hipofaringe.

Merecen atención especial los pacientes con diagnóstico previo de hernia hiatal, ya que el desplazamiento de la unión esofagogástrica puede producir compresión sobre el corazón.

**Erosión esofágica.** Presión del balón contra la pared esofágica. Se debe retirar el tubo antes de 48 horas.

**Rotura esofágica.** Excesiva presión del balón esofágico o hinchado del gástrico en posición inadecuada. Debemos confirmar la localización del balón gástrico antes de inflarlo, auscultando el epigastrio al introducir el aire (es mejor siempre el control radiológico) y el inflado del balón esofágico se debe hacer bajo control manométrico.

**Erosión de la unión gastroesofágica.** Por presión prolongada o excesiva sobre dicha unión. Por ello, se debe retirar la sonda antes de 48 horas, aplicar únicamente una suave tracción sobre el tubo por medio del fragmento de caucho-espuma y evitar utilizar pesos para traccionar del tubo.

# Paracentesis y lavado peritoneal

## INTRODUCCION

La presencia de líquido acumulado en la cavidad abdominal crea problemas diagnósticos y terapéuticos que obligan a su evacuación total o parcial.

Es un procedimiento de ejecución rutinaria en la cabecera del enfermo, cuyos sencillos pasos debe conocer todo médico.

## INDICACIONES

Ascitis. Para estudio y/o tratamiento evacuatorio.  
Diagnóstico de hemorragia intraperitoneal.  
Diagnóstico de peritonitis no traumática.  
Lavado peritoneal en algunas formas de peritonitis y de pancreatitis.

## CONTRAINDICACIONES

**Absolutas.**  
Decisión previa de realizar una laparotomía.

**Relativas.**  
Operaciones abdominales previas.  
Embarazo.  
Niños pequeños.  
Ileo intestinal (paralítico u obstructivo).

## EQUIPO NECESARIO

**Preparación de la piel.**  
Gasas estériles.  
Solución de alcohol-acetona.  
Solución de povidona yodada.