

SEGURIDAD EN EL PACIENTE PORTADOR DE SONDA DE SENGSTAKEN

Ma TERESA MATEOS RODRÍGUEZ
ANTONIO GUERRERO MONCAYO
GEMA LUQUE LÓPEZ

- Conectar la aspiración gástrica a bolsa de drenaje por gravedad.
- En caso de secreciones orofaríngeas se procederá a aspirarlas.
- Retirada de la sonda: Una vez controlada la hemorragia, se desinfla el globo esofágico, manteniendo el gástrico durante 24-48 horas más, se retira la tracción y se fija la sonda con esparadrapo a la nariz. En caso de reaparecer el sangrado, se vuelve a inflar el globo que corresponda.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El principal problema de una técnica no usada habitualmente es el desconocimiento de la misma, desconocimiento de las posibles complicaciones y desconocimiento de las necesidades de mantenimiento. Si es realizada por personal no entrenado en la misma, el problema aumenta, aumentando no solo los errores evitables, sino también la confortabilidad de paciente.

Se pretende actuar, así, en el ámbito de la seguridad del paciente respecto a las buenas prácticas en los cuidados de enfermería.

Las intervenciones llevadas a cabo para ello fueron, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica para ampliar y recopilar conocimientos procedentes de otros profesionales y de diferentes organizaciones y departamentos, para luego, con la experiencia propia del personal de enfermería de nuestro servicio, llevar a cabo un protocolo de actuación de la técnica en sí, abarcando todos los aspectos de calidad profesional, de buena práctica, de seguridad, de información y atención personalizada al paciente, sin olvidar en ninguno de los niveles de actuación a los familiares, cuidadores principales o no.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

- El uso de este tipo de sondas debe ser únicamente realizado por personal experto, ya que de su correcta colocación depende en gran parte su eficacia.
- La sonda de Minnesota, con dos balones (gástrico y esofágico) y cuádruple luz, se considera la más segura, al permitir la aspiración de las secreciones o coágulos por encima del balón esofágico por un canal separado.
- Comprobación de los datos del paciente mediante la pulsera identificativa, historia clínica o preguntando al propio paciente y/o familiares.
- Preparación del material necesario comprobando el buen estado del mismo, en especial los balones, para descartar fugas, deformaciones
- Enumeración y breve descripción al paciente de los procedimientos que vamos a llevar a cabo, solicitando su colaboración.
- Informar al paciente y a la familia de los signos de alarma ante los cuales debe informar al profesional de enfermería (dificultad respiratoria, dolor y/o sangrado inesperado).
- Identificación de los profesionales que vayan a realizar la técnica.
- Comprobación de que el extremo de la sonda está en la cavidad gástrica (inyectando aire y auscultando al mismo tiempo o aspirando contenido gástrico).
- El globo puede desplazarse (sobre todo si existe tracción) y obstruir las vías aéreas de forma aguda. En este caso es necesario vaciar rápidamente los globos, retirando los tapones azules de la sonda.
- La sonda y la cinta deben quedar totalmente alineadas cuando salga de la nariz, para evitar ocasionar heridas o necrosis de la piel o del cartílago nasal.
- En caso de secreciones orofaríngeas se procederá a aspirarlas, previniendo así una posible neumonía por broncoaspiración, al no poder el paciente deglutir la saliva y, si los hay, coágulos de la hemorragia.
- Marcar la longitud de la sonda a la salida del orificio nasal como referencia de la posición.
- Deberá verificarse el grado de inflado de los globos así como el grado de tirantez de la tracción una hora después de la inserción, y después, cada dos horas.
- La sonda debe mantenerse 24 horas como mínimo y 48 como máximo, evitando así las ulceraciones esofágicas y de la unión gastroesofágica, producidas por el uso prolongado de la sonda.
- Ante la complicación de ruptura traqueal y/o esofágica, sospechada por desarrollar burbujas de aire que pueden sentirse debajo de la piel del tórax, del cuello, de los brazos y del tronco, generalmente se recurre a tratamiento quirúrgico, tras la confirmación de la misma a través de las pruebas pertinentes. La detección precoz de estos síntomas son los que hacen de la profesionalidad enfermera una herramienta directa de mejora de calidad sanitaria.
- Anotar en la gráfica el tipo, fecha y hora de colocación de la sonda, aire introducido en los globos y características de los líquidos aspirados.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

- Escasa bibliografía aportada por el personal enfermero. Si existen más datos médicos que hacen referencia a la técnica.
- Uso limitado de la técnica, debido a los avances en el tratamiento endoscópico, con lo que la práctica en la detección de complicaciones y por lo tanto del mantenimiento de la seguridad del paciente es menor.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La familia juega un importante papel una vez realizada la técnica, ya que la detección de cualquier síntoma que nos indique alguna complicación es vital para el paciente. Se le debe indicar los signos de alarma ante los cuales debe informar al profesional de enfermería (dificultad respiratoria, dolor y/o sangrado inesperado). Además, la situación clínica del paciente puede impedir a este ser el que informe de esos signos, con lo que la atenta atención de sus familiares se hace más valiosa.

» Propuestas de líneas de investigación.

- Revisión bibliográfica para recopilar toda la literatura sobre el tema y contribuir a la actualización de la misma.
- Estudio comparativo de la técnica de endoscopia y la colocación de la sonda de Sengstaken a todos los niveles: coste/beneficio, percepción del paciente, implicación de la familia, trabajo enfermero,
- Relatos biográficos de pacientes sometidos a esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Experiencia profesional del personal que realiza el protocolo.
- García Ruiz, E.; Alcain Martínez, G.; Cañero, I.; Vázquez Pedreño, L.; HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ÁREA DE URGENCIAS.; Servicio de Aparato Digestivo y Urgencias del Hospt. Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

- Gómez Tello, V.; MANEJO DE LA HEMORRAGIA POR VARICES ESOFÁGICAS EN UCI. Revista electrónica de Medicina Intensiva. Debate nº 7, Vol. 3, Febrero 2003.
- García, J.C.; Escorsell A.; Bosch, J.; ACTITUDES TERAPEUTICAS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS. Medicine 1996; 12: 486-493.
- Pitarch, Dr. R.; TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LAS SONDAS DE SENGSTAKEN Y MINNESOTA. UCI Hospt. Manacor, 2002
- Kraft M. APPROACH TO THE PATIENT WITH RESPIRATORY DISEASE. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 83. Versión en inglés revisada por: David C. Dugdale, III, MD, Professor of Medicine, Division of General Medicine, Department of Medicine, University of Washington School of Medicine; Denis Hadjiliadis, MD, Assistant Professor of Medicine, Division of Pulmonary, Allergy and Critical Care, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. Para localizar este documento:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001092.htm>
- Unidad de Calidad y Cuidados de Enfermería. Dirección de Enfermería HRU Carlos Haya. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA. Abril 2009.