

EL USO DE LAS SONDAS EN LOS SINDROMES OCLUSIVOS

INTUBACION GASTRO INTESTINAL CON LA SONDA DE CANTOR

Dr R. Magri Costa

En esta breve comunicación he de referirme al manejo de la sonda de Cantor para intubación gastro intestinal, única sonda que he utilizado en los cuadros oclusivos o similares. No he de considerar ahora sus indicaciones, beneficios, ventajas sobre otras sondas, etc. ya que ello está fuera de mi alcance por el corto tiempo de que dispongo. He seguido las normas contenidas en el libro de Meyer O. Cantor "Intestinal Intubación", publicación de Ch. Thomas, 1949.

El tubo de Cantor pertenece a la categoría de los tubos largos concebidos para llegar al duodeno y pasar al yeyuno. Es de diámetro bastante grande como para poder efectuar un drenaje sin peligro de obstrucción. Su mecanismo de avance se efectúa por virtud de su cabeza pesada y difiere, en esto, de aquellos que avanzan porque son impulsados desde su extremo distal o de los que lo hacen llevados por el movimiento activo del tubo digestivo (únicamente por peristaltismo).

Como material pesado utiliza el mercurio libre dentro de una bolsa de goma impermeable. Utiliza el mercurio no por ser el más pesado sino por ser el más dúctil. Es esta propiedad que lo hace adaptarse a todos los diámetros, aún a los pasajes más estrechos (espasmos, esfínteres, estenosis). Además posee otras virtudes: líquido a temperatura ambiente, inalterable, no tóxico, de fácil manipulación y obtención. Para explotar al máximo estas propiedades debe encerrarse en una bolsa relativamente amplia, de paredes finas y blandas, sin aire. La cantidad de mercurio debe graduarse para cada caso y de acuerdo a las dificultades que se supone se encontrarán en la travesía. El mercurio actuará en forma constante y suave por su peso y su ductilidad. Frente a un espasmo, vence la contractura del esfínter. Un objeto duro, según prin-

cipios conocidos (Cannon) que choca contra un piloro espasmódico, por ejemplo, aumenta la contracción del esfínter. En cambio suele abrirse frente al reclamo suave y persistente, similar al del quimo, del mercurio.

PROCEDIMIENTO

Desde luego, se debe conocer someramente, por lo menos, las razones que asisten al médico tratante para indicar la intubación. Y cuál es la causa probable de la oclusión. Un breve interrogatorio acerca del estado de las vías aéreas superiores y del esófago y estómago, para saber las dificultades que encontraremos y sus riesgos.

En la nariz: Epistaxis frecuentes, rinitis, desviaciones, operaciones efectuadas, tumoraciones, etc.

En el esófago: Hemorragias, várices, divertículos, tumores mediastinales, disfagia, espasmos, etc.

En el estómago: Operaciones anteriores, estudios radiográficos, forma, estenosis pilórica, etc.

Se debe examinar brevemente la nariz y la boca. Observar la amplitud de las narinas para elegir la mayor, la situación de los cornetes, las secreciones, etc. Si ha estado colocada otra sonda, pasar por la otra narina, si es posible. Si la mucosa está muy congestiva se puede usar efedrina o adrenalina asociada o no a pantocaína al 1 % o al 2 %. Puede utilizarse una pomada de

Vaselina 20 grs.

Lanolina 10 grs.

Clorh. de cocaína 1 gr.

que sirve igualmente como lubricante para la sonda. En general no es necesario porque el estado de las narinas es bueno. Yo utilizo simplemente la jalea de uso quirúrgico de Parke Davis. Si el pasaje por la nariz fuera muy dificultoso, se puede pasar por la boca, pero es verdaderamente excepcional. El operador debe granjearse la confianza del paciente y actuar con firmeza y autoridad. No debe ahorrar esfuerzos para que las maniobras sean suaves. En caso de pacientes aprensivos se desencadenan una serie de espasmos alejados, incluso del cardia o del piloro. En enfermo nerviosos o en estas condiciones, es conveniente dar un sedante suave.

La bolsa de la sonda, bien plegada, se toma con los dedos o con una pinza. Es preferible utilizar un pequeño clan curvo. Al comienzo hay cierta dificultad, pero pronto se llega a un sitio de mayor amplitud. Entonces se da al enfermo un sorbo de agua para que lo mantenga sin tragar. Se empuja algo la sonda y cuando aparece el reflejo nauseoso se ordena tragar el agua. La maniobra prácticamente ha terminado. No empujar la sonda. Dar un nuevo trago de agua. Los movimientos peristálticos arrastran la sonda fácilmente. No dar mucho tubo de golpe. Tener noción del largo del esófago. (Desde los dientes unos 40 cc. Desde el cricoides unos 25 cc.).

La sonda, estando el paciente reclinado sobre su espalda, es llevada hacia la gotera paravertebral y allí quedará si no se cambia la posición del enfermo, el cual debe colocarse en decúbito derecho casi boca abajo. Los pies de la cama levantada. Desde luego que esto dependerá de muchas circunstancias que no podemos examinar ahora. De la forma del estómago, de su distorsión por el colon distendido, de anteriores operaciones, etc.

Una vez llegado al estómago aparece en la sonda la marca S. (1ª marca a los 40 cm.; 2ª marca a los 60 cm. P; 3ª marca D a los 70 cm. marca el duodeno). La sonda puede avanzar unos 5 cm. por hora. Un metro en las 24 horas. Recordar que un metro o algo más sirve para canalizar 7 mts. de intestino que se pliegan sobre ella. Cuando la marca de los 5 pies (1.50 mts.) se presenta en la nariz, la cabeza del tubo está en la parte más baja del ílio.

Recordar que los cambios de posición del enfermo hacen progresar la sonda, lo cual es una ventaja de este tipo que avanza aún cuando la peristalsis esté abolida. Por lo demás los cambios de posición del enfermo mejoran el cuadro local de la oclusión y algunas veces incluso solucionan el problema. Una vez pasado el píloro y penetrado en el duodeno, debe cambiarse de posición al enfermo. La progresión se hace ahora más fácilmente por lo general, aunque queda un obstáculo, sobre el que insiste Cantor y que está a nivel del ángulo de Treitz.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Son múltiples. No podemos recordarlos todos en esta oportunidad. He traído una serie de placas radiográficas que documentan algunos de los episodios más frecuentes o más graves. Tam-

bién en el "affiche" se puede observar los lugares donde suelen encontrarse las mayores dificultades. La principal norma es no forzar la sonda empujándola desde el extremo distal, pues molesta provocando náuseas, se arrolla y puede anudarse en el estómago y en definitiva hace perder tiempo. El control radiológico es de gran utilidad, pero hay que solicitarlo en su debido tiempo evitando inútiles placas. Debe evitarse en lo posible que la sonda franquee la válvula ílio cecal. Mantenerla en el delgado es tener un recurso siempre a mano para las diversas etapas o complicaciones de la oclusión intestinal.

TRABAJO DE LA CLINICA DEL PROF. ABEL CHIFFLET

PROBLEMAS METABOLICOS EN LA OCLUSION INTESTINAL

Dr. R. Magri Costa - Dr. Efraín Margolis

SINDROME HUMORAL Y SU EXPRESION CLINICA

Dr. R. Magri Costa

Apropiadamente dió Gamble¹ el nombre de "Anatomía química" al estudio de los fluidos que rodean a las células. Estos fluidos (solvente y solutos) están constantemente sometidos a fuerzas que tienden a romper su equilibrio y a fuerzas que tienden a restaurarlo. La salud es la expresión de ese equilibrio vital cuya adecuada fisonomía clínica se manifiesta por la constancia del medio humoral. Los desequilibrios se traducen por grandes síndromes similares en diversas situaciones médicas o quirúrgicas. Un estudio completo nos llevaría a esquematizar previamente estas situaciones generales antes de entrar a considerar nuestro tema. Así pues deberíamos considerar:

CAPITULO I — EQUILIBRIO HIDRO-SALINO PROTEICO

Agua. Cloruro de sodio. Potasio. Glucosa-Proteína. Vitaminas. Equilibrio ácido-básico. Equilibrio calórico.

CAPITULO II. — DESEQUILIBRIO HIDRO-SALINO PROTEICO

Agua. Cloruro de sodio. Potasio, etc.