

Intubación intestinal

INTRODUCCION

Son múltiples los cuadros que producen parálisis intestinal postoperatoria y se ven casos muy rebeldes de íleo paralítico en grandes traumatismos abdominales y en procedimientos quirúrgicos muy traumatizantes, especialmente en las estructuras retroperitoneales. La intubación intestinal nos permitirá un mejor control del balance hidroelectrolítico y evitará al enfermo una distensión que puede producir serias complicaciones.

Esta intubación se puede realizar durante el mismo acto operatorio, mediante endoscopia o fluoroscopia combinada con endoscopia o por paso espontáneo al intestino delgado. Esta última técnica para la intubación intestinal será la que describiremos a continuación.

INDICACIONES

Descompresión preoperatoria de íleo mecánico.
Introducción de material de contraste para diagnosticar sitio de obstrucción.

Descomposición del íleo paralítico.
Soporte nutricional en pacientes en los que está contraindicada la vía gástrica.

EQUIPO NECESARIO

Sonda intestinal.

(Cualquiera de los siguientes modelos).

Cantor:

Con una sola luz; únicamente para aspiración gastrointestinal.

Kaslow:

Con una sola luz; sólo para aspiración gastrointestinal.

Dennis:

Tripe luz; colector gastrointestinal e introducción de mercurio.

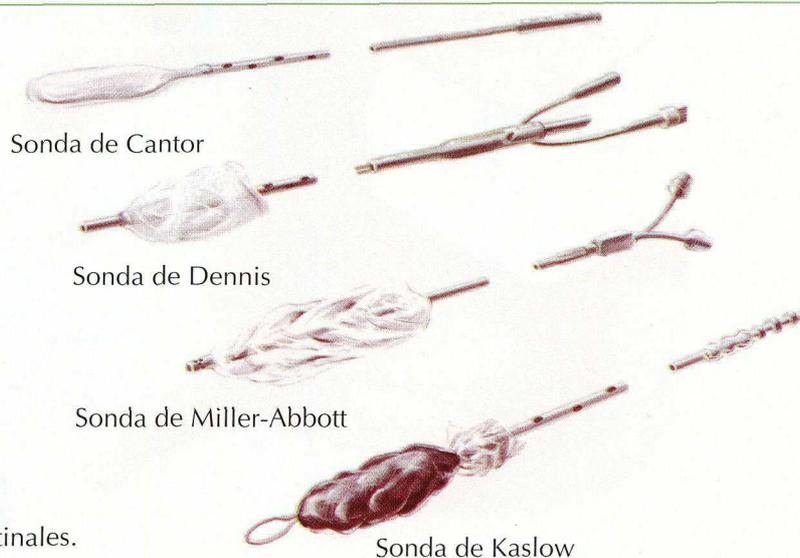
Miller-Abbott:

Con doble luz; aspiración gastrointestinal e introducción de mercurio.

Preparación de la sonda.

Ligadura seda núm. 0.

Lubricante soluble en el agua.



Figuras 1. Sondas intestinales.

Mercurio metálico 5 cc.
Jeringa 5 cc.
Aguja, calibre 21 (5 cm).

Introducción de la sonda.

Batea.
Vaso de agua con paja para aspirar.
Jeringa para irrigar, de 50 cc.

Posición.

Introducción en el estómago:
— Tubos Miller-Abbott o Dennis: Sentado, cabeza erguida.
— Tubos Cantos o Kaslow: Sentado, cuello extendido y apoyado sobre una almohada.
Paso a través del píloro.
En todas las sondas: Decúbito lateral derecho para facilitar el paso a través del píloro.

TECNICA

1. Preparación de la sonda.

Sonda Cantor:

Injectar 5 cc de mercurio por el centro de la bolsa, utilizando una jeringa y aguja del calibre 21.

Aspirar todo el aire.

Sonda Kaslow:

Verter 5 cc de mercurio en el extremo proximal del balón abierto.

Sacar todo el aire del balón.

Anular el extremo abierto del balón con ligadura de seda fuerte.

Cortar sobrante a 3 cm de la ligadura.

Sondas Dennis y Miller-Abbott:

Aspirar todo el aire del balón.

2. Calcular la longitud de la sonda que vamos a introducir.

(Distancia desde la nariz al estómago y desde la nariz al píloro.)

Mantener la sonda intestinal en una curva aproximada a la del recorrido nariz, faringe y esófago (normalmente 50 cm).

Añadir 15 cm para longitud del estómago.

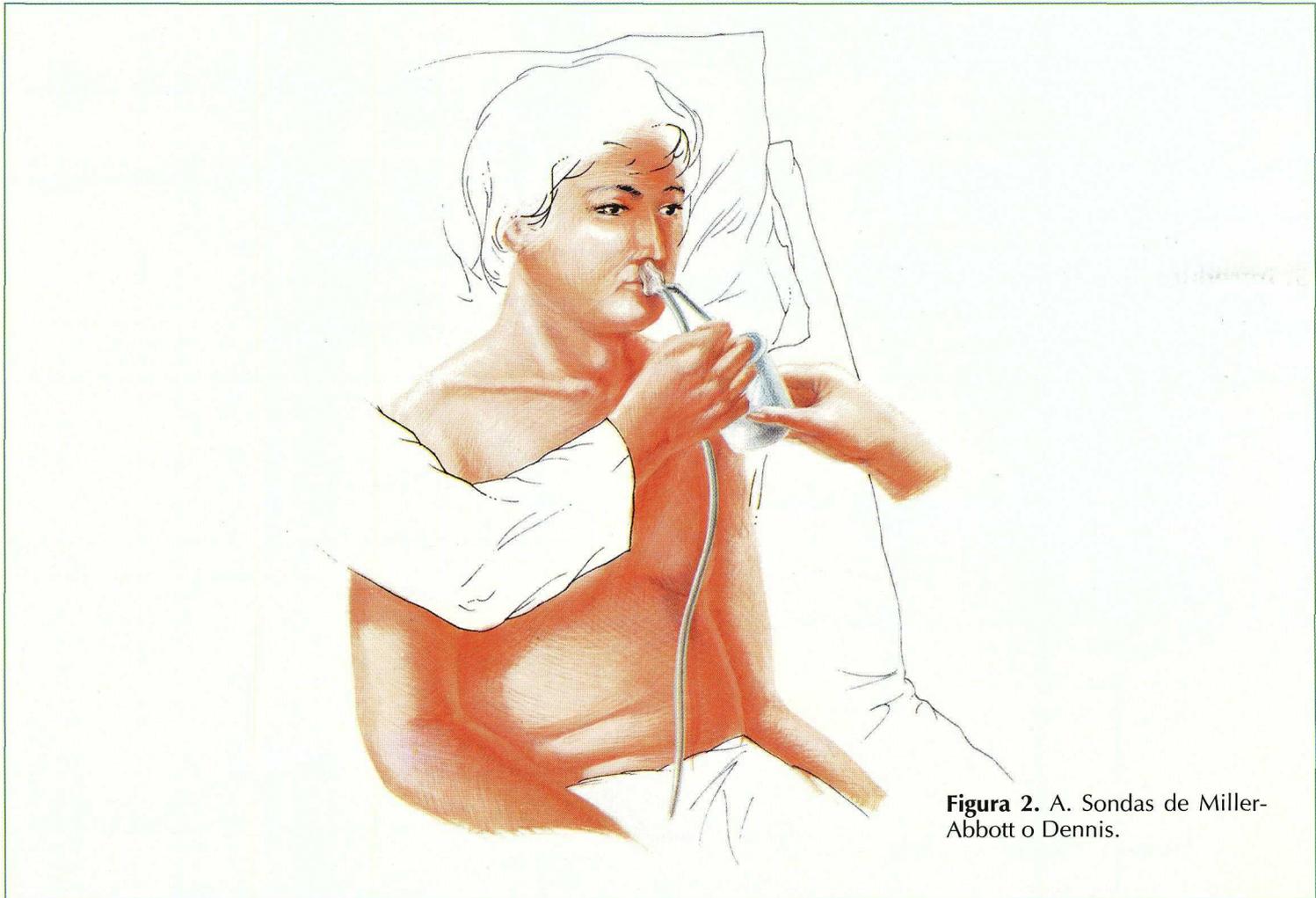


Figura 2. A. Sondas de Miller-Abbott o Dennis.

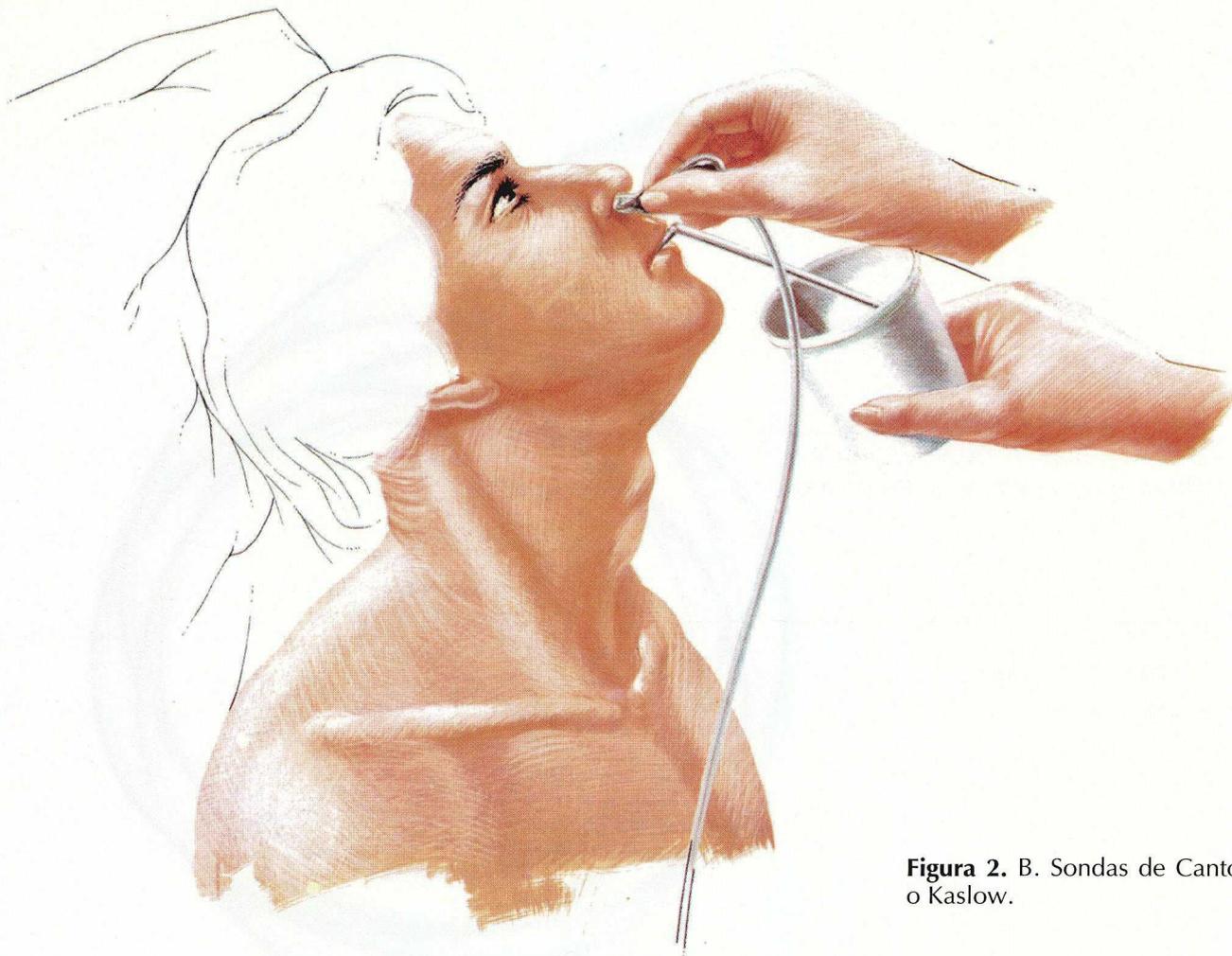


Figura 2. B. Sondas de Cantor o Kaslow.

3. Introducción de la sonda en la nariz.

Utilizar la fosa nasal más permeable.

Lubricar el extremo del tubo.

Sondas Cantor y Kaslow:

Mantener la punta del catéter de manera que el mercurio caiga a la base del balón. Plegar el balón longitudinalmente para atrapar el mercurio en la base del balón.

Introducir la sonda en la fosa nasal.

Disminuir la presión del balón de manera que el mercurio vaya a la punta de la sonda, arrastrándola dentro de la faringe.

Sonda Dennis y Miller-Abbott:

Pasar la punta del catéter a lo largo del suelo de la nariz hasta la faringe.

4. Deslizar la sonda en el esófago mientras el paciente traga.

Introducir agua por la sonda o hacer que el paciente beba agua con una paja mientras la sonda pasa.

5. Colocación de la sonda en el estómago.

Introducir la distancia prefijada (50 cm), con lo que la punta de la sonda estará en el estómago.

Comprobar la posición intragástrica auscultando sobre el estómago mientras se introducen 50 cc de aire.

6. Llenar el balón con mercurio (únicamente con las sondas Dennis y Miller-Abbott).

Introducir 2-5 cc de mercurio por la luz del balón.

7. Pasar la sonda a través del píloro.

Colocar al paciente en decúbito lateral derecho durante un mínimo de dos horas.

Durante este tiempo avanzar lentamente la sonda hasta la marca de 65 cm.



Figura 3.
Preparación de la sonda:
sonda de Cantor.

Figura 4.
Preparación
de la sonda Kaslow.



Figura 5.
Preparación de la sonda:
cortar el exceso de balón
de la sonda Kaslow.

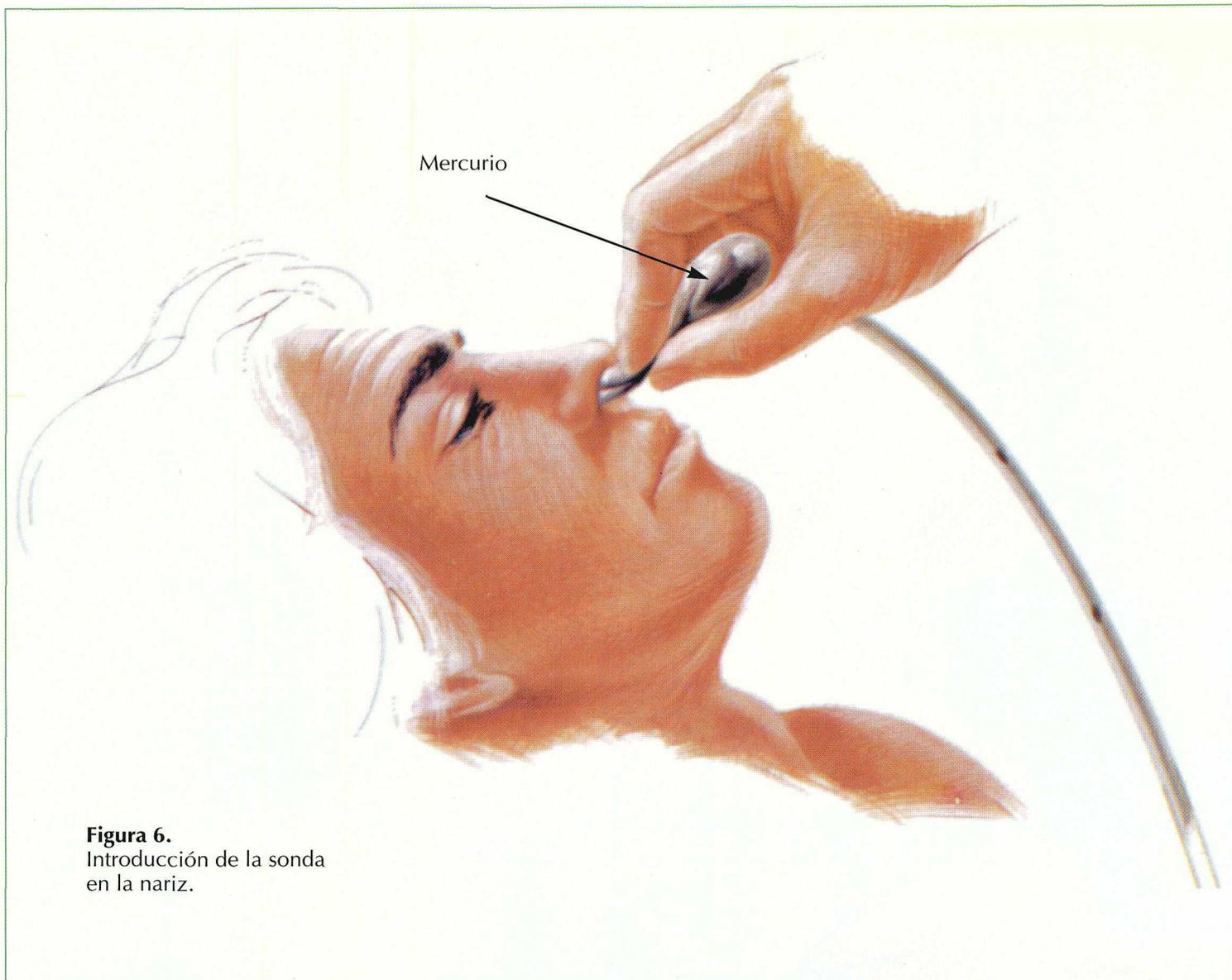


Figura 6.
Introducción de la sonda
en la nariz.

8. Comprobar la posición mediante fluoroscopia.

La sonda puede manipularse mediante fluoroscopia para facilitar su paso a través del píloro.

9. Avance de la sonda una vez atravesado el píloro.

Conectar la sonda a la aspiración gástrica intermitente (con las Dennis de colector, la aspiración debe ser continuada).

No fijar la sonda a la nariz

Permitir que avance por peristaltismo.

Lubricar 10 cm de sonda por fuera de la nariz.

10. Retirada de la sonda.

Dennis y Miller-Abbott:

Aspirar el mercurio antes de retirar.

Tirar despacio y cuidadosamente.

Mantener la aspiración o pinzar para evitar la aspiración de contenido intestinal durante la retirada.

Tabla I
Técnica para la intubación intestinal

1. Preparación de la sonda.
2. Calcular la longitud de la sonda.
3. Introducir la sonda por la nariz.
4. Deslizar la sonda en el esófago mientras el paciente traga.
5. Colocación de la sonda en el estómago.
6. Llenar el balón de mercurio.
7. Pasar la sonda a través del píloro.
8. Comprobar la posición mediante fluoroscopia.
9. Avanzar la sonda una vez atravesado el píloro.

Figura 7. Dejar que el balón con mercurio arrastre la sonda dentro de la faringe.

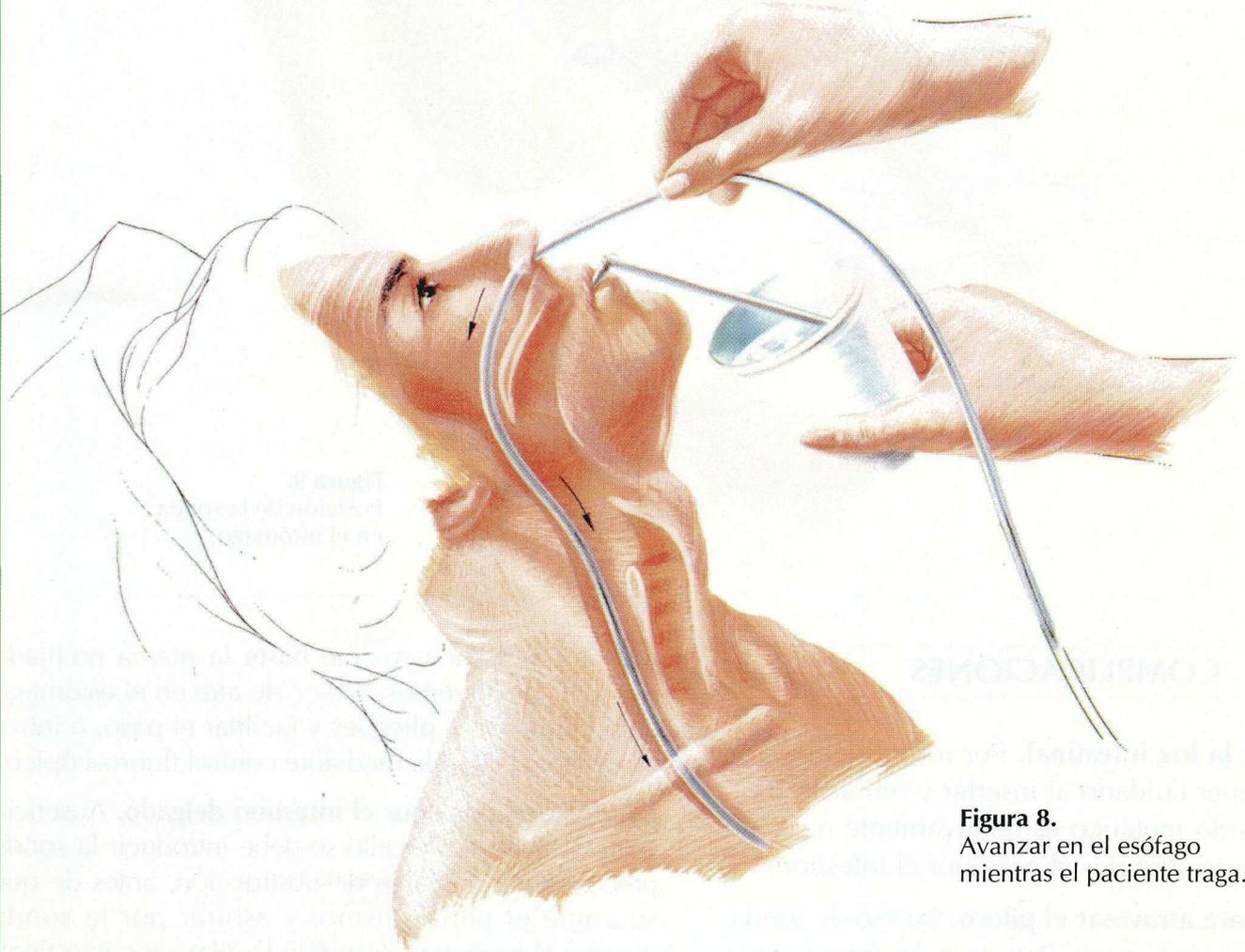
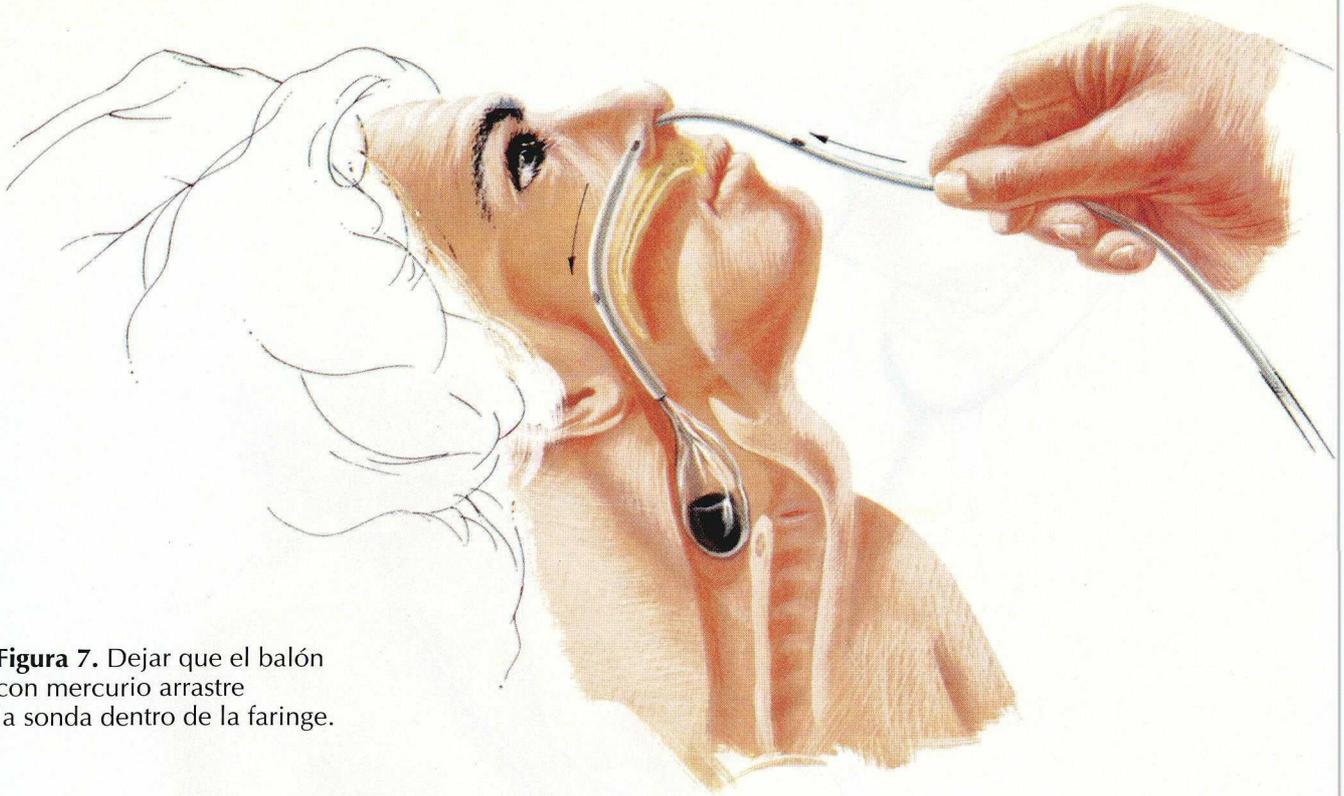


Figura 8. Avanzar en el esófago mientras el paciente traga.

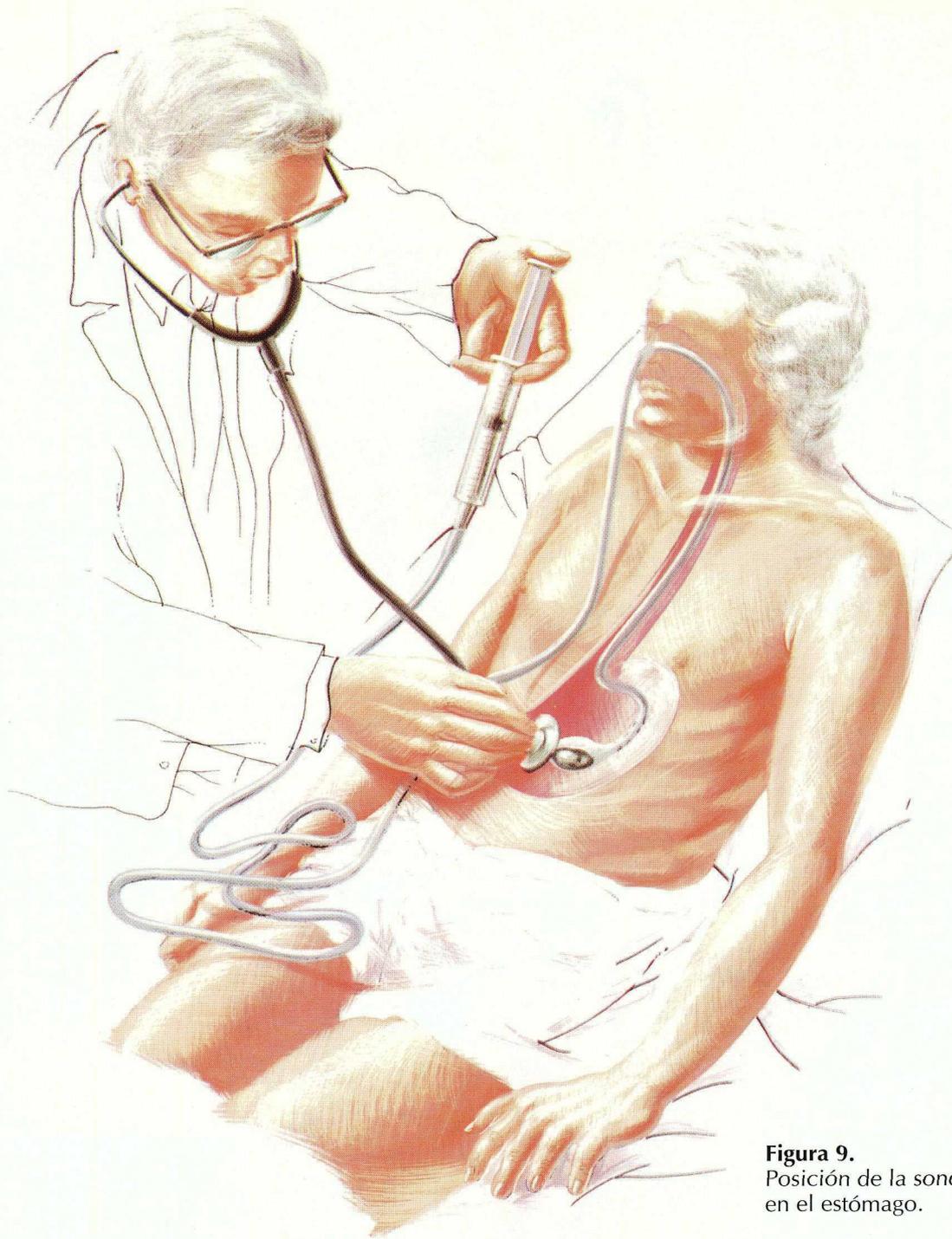


Figura 9.
Posición de la sonda
en el estómago.

COMPLICACIONES

Pérdidas en la luz intestinal. Por rotura del balón. Debemos tener cuidado al insertar y retirar la sonda (el mercurio metálico es relativamente no tóxico; vigilar para asegurar el paso por el intestino).

Dificultad para atravesar el píloro. Exceso de sonda enrollado en el estómago. Para evitarlo, introducire-

mos la sonda únicamente hasta la marca prefijada (65 cm), insuflaremos 500 cc de aire en el estómago para eliminar los pliegues y facilitar el paso, o introduciremos la sonda mediante control fluoroscópico.

La sonda no pasa por el intestino delgado. Ausencia de peristaltismo. Por ello se debe introducir la sonda precozmente en casos de obstrucción, antes de que se anule el peristaltismo, y aspirar por la sonda durante el paso para disminuir la dilatación intestinal.