



P-608 - NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO TRAS COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA. UNA COMPLICACIÓN A TENER EN CUENTA

S. Gálvez-Pastor, E. Romera Barba, F.J. Espinosa López, I. Navarro García, M.J. Carrillo Lólez, N. Torregrosa Pérez, M.A. García López y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La utilización de sondas nasogástricas o enterales en el paciente crítico es un procedimiento frecuente, ya sea para descompresión gástrica, valorar presencia de sangrado, aplicación de medicamentos o nutrición. Esta última es su principal indicación, dadas las ventajas que se tienen con respecto a la nutrición parenteral. La inserción de sondas nasoenterales es relativamente sencilla, pero no está exenta de complicaciones potencialmente graves como la perforación esofágica o la introducción en la vía aérea.

Caso clínico: Mujer de 82 años ingresada por fractura de cadera derecha. Se decidió colocación de SNG para un mejor aporte nutricional. El procedimiento fue dificultoso, por falta de colaboración de la paciente. Mediante insuflación de aire a través de la sonda y auscultación, se comprobó la supuesta correcta colocación de la misma. A las pocas horas, la paciente comenzó con tos leve pero persistente, por lo que se solicitó radiografía de control, objetivándose extremo distal de SNG en seno costofrénico derecho. Se procede a retirada de sonda y reubicación, realizando posteriormente control radiológico, comprobando correcta colocación de SNG en cavidad gástrica y aparición de neumotórax derecho. Mujer de 78 años, institucionalizada, remitida por tos persistente y leve insuficiencia respiratoria tras colocación dificultosa de SNG. Se realizó radiografía de tórax donde se observó SNG en seno costofrénico derecho. Se procedió a su retirada y nueva colocación, apareciendo en radiografía de control neumotórax en dicho pulmón. Tras estos hallazgos, en ambos casos, avisaron a cirujano de guardia, que procedió a colocación de tubo de drenaje torácico. Tras 48 horas de drenaje torácico conectado a aspiración y sin apreciarse fuga, se realizó radiografía de control apreciando reexpansión pulmonar completa, por lo que se procedió a la retirada del tubo torácico sin incidencias.

Discusión: El aumento de la importancia que se le da a la nutrición para una favorable evolución de cualquier patología conduce a un mayor uso de sondas de alimentación enteral. La nutrición enteral es además fácil, barata, confortable y con menos complicaciones que la parenteral y actualmente se utilizan sondas más blandas y flexibles que irritan mínimamente y pueden mantenerse hasta 6 semanas. Los fiadores usados para facilitar la inserción y avance de la sonda, al aumentar la rigidez del tubo pueden también provocar mayor riesgo de perforación de estructuras. La penetración en la vía aérea puede causar neumotórax, y si la introducción de alimento ocurre sin reconocerse pueden conducir a una neumonitis y ser fatal. Los pacientes poco cooperadores, con alteraciones en el

estado de conciencia o alteraciones de los reflejos orofaríngeos, tienen factores de riesgo que favorecen la presentación de esta complicación. La maniobra convencional para confirmar la correcta localización de la sonda consiste en insuflar aire seguida de la auscultación sobre el cuadrante superior izquierdo (el característico sonido del aire entrando en el estómago indica la colocación gástrica) o la aspiración del fluido. Sin embargo dicha maniobra puede no detectar una inserción inadecuada de la sonda en la vía aérea, por lo que es recomendable realizar una radiografía de tórax antes de utilizar la misma.