



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/724 - Insuficiencia respiratoria al colocar sonda nasogástrica

S. Martínez Megías<sup>a</sup>, A.R. Reyes Orosco<sup>b</sup> y D. Joyanes Moriana<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente 4º año de Medina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Burguillos del Cerro. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 49 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de apendicetomía y gastrectomía parcial por de úlcus gástrico perforado hace 10 años. Sufre de episodios recurrentes de epigastralgia tipo ardor. Acude inicialmente por epigastralgia de unas horas de evolución de características similares, se indica tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, sucralfato y analgésicos. Nueve horas después consulta nuevamente por dolor epigástrico asociado a vómitos, alimenticio con restos hemáticos en dos oportunidades, se deriva a urgencia para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente en buen estado general, estable, normohidratado, sin dificultad respiratoria. Con dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Analítica inicial normal. Luego de colocación de sonda nasogástrica presenta dificultad respiratoria.

**Juicio clínico:** Hemorragia digestiva alta activa sin compromiso hemodinámico.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Neumonitis por aspiración de contenido gástrico. 2. Distrés agudo.

**Comentario final:** La tasa de instalación de sondas nasogástricas o nasoenterales en la tráquea y árbol bronquial es de 0,3 al 15%, pudiendo ocasionar en forma secundaria sangrado, infección, neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo, neumonitis, derrame pleural, empiema debido a la infusión de nutrientes y/o líquidos, fístula broncopleural, neumotórax, hemotórax y perforación de esófago. Son varias las recomendaciones que permiten corroborar la correcta posición de una sonda nasoenteral, como la insuflación de aire para escucharlo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, la aspiración de líquido gástrico, la distancia a la que se ha avanzado, la ausencia de reflejo tusígeno que habla de no haber pasado al árbol bronquial en pacientes neurológicamente íntegros. La exploración física por medio de la auscultación es un pobre predictor de posición adecuada de sondas nasoenterales, la correcta colocación se verifica por medio de la auscultación del abdomen, al introducir aire y escuchar burbujeo, lo que se ha llamado pseudoconfirmación, esto puede interpretarse erróneamente ya que influye la experiencia del médico para interpretar lo que escucha, si el tubo es de pequeño calibre o está obstruido e impide una buena entrada de aire no se producen sonidos claros; los ruidos peristálticos pueden interferir con lo que se escucha, así como también los ruidos respiratorios como estertores bronquiales o sonidos de ventiladores y tubos torácicos. La aspiración de líquido gastrobiliar tampoco es garantía, ya que el líquido puede proceder de pleura o de secreciones bronquiales, ambas maniobras dan resultados falsos positivos. Los factores de riesgo para esta complicación incluyen pacientes poco cooperadores, alteraciones en el estado mental, alteraciones de los reflejos orofaríngeos, el trauma craneoencefálico, pacientes en ventilación mecánica, sedados y/o

paralizados, la presencia de cardiomegalia. La mortalidad es baja, en la serie de Miller y colaboradores solamente hubo un paciente que falleció de los siete reportados. El caso presentado tenía como factor de riesgo la ausencia del reflejo tusígeno en paciente neurológicamente normal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Todd WT, Shaffe RB, Sentnik GS. Nasogastric intubation. NEJM 2006;356e16.
2. Boyes RJ, Kruse JA. Nasogastric and nasoenteric intubation. Crit Care Clin. 1992;8:865-78.
3. Miller KS, Tomlinson JR, Sahn SA. Pleuropulmonary complications of enteral tube feedings. Two reports, review of the literature, and recommendations. Chest. 1985;88:230-3.
4. Hendry PJ, Akyurekli Y, McIntyre R, Quarrington A, Keon WJ. Bronchopleural complications of nasogastric feeding tubes. Crit Care Med. 1986;14(10):892-4.