

Neumotórax

Enrique Ma. Velásquez V.
Profesor Neonatología
Universidad de Antioquia

Es importante recalcar que prevenimos barotrauma, escapes de aire o neumotórax, controlando la temperatura del ambiente y teniendo los implementos de reanimación para uso neonatal (ver archivo "Lista de verificación y solicitud de implementos neonatales"). Recordemos que el bebé viene de un ambiente cálido, inmerso en líquido amniótico tibio, sin ruido, tenue, intentemos emular esta situación para que la transición sea más humana, seamos creativos. En los primeros 30 segundos de vida a todo bebé le debemos proveer calor, sea con la madre o bajo lámpara de calor radiante, apagando el aire acondicionado, cerrando ventanas, precalentando todo lo que vaya a estar en contacto con el bebé, el colchón, las gasas, la sábana, etcétera; debemos secarlo y estimularlo para que respire, retirar todo lo húmedo, valorar como respira, posicionar la cabeza para que respire tranquilo y sobre todo, **¡¡No lo aspire de rutina!!, ni permita que lo aspiren de rutina!!. Los recién nacidos son vagotónicos, no estimule el vago con la sonda de aspiración, que ocasiona bradicardias profundas que pueden durar minutos y desencadenar una reanimación innecesaria!!**. Es frecuente ver al instrumentador o al obstetra o a la enfermera, auxiliar, médico o al personal encargado de sala de partos, aspirar compulsivamente al bebé con sondas de aspiración, "como si destaquedaran una tubería". Es nuestro deber no permitir estas conductas intervencionistas que con frecuencia solo aumentan las complicaciones en un niño que venía bien, pero al aspirarlo se desencadenan una serie de eventos funestos, empezando por un estímulo vagal, que produce bradicardia y cianosis, que nos lleva erróneamente a iniciar una secuencia de reanimación, con ventilación a presión positiva (VPP) con bolsa autoinflable o bolsa de anestesia de adultos, sin los implementos neonatales, en un ambiente estresante, la mamá llorando, el bebé morado, bradicárdico, las enfermeras revoloteando intentando arreglar la situación, el médico ofuscado y estresado aumenta la presión y la frecuencia de la VPP, pues el reflejo vagal dura segundos que se hacen minutos y al no mejorar, en medio del estrés hace más presión positiva, mas rápido la VPP, inicia masaje cardiaco, adrenalina, etc. Al pasar el reflejo vagal, el niño empieza a

mejorar la FC pero queda con dificultad respiratoria, pues se ha generado un neumotórax.

Si tenemos un bebé que no responde a las medidas convencionales de reanimación, desaturado, usé el acróstico MR. SOPA (ver video y ayuda rápida) y si no mejora, debemos pensar en un neumotórax. Algunos se presentan con deterioro súbito, que lleva a pensar al médico en tubo orotraqueal obstruido, extubación, hemorragia pulmonar, etc.

Los signos típicos de neumotórax como hipoventilación en el lado del neumotórax, excursión asimétrica del tórax, hemitórax expandido, etcétera, búsquelos, pero es muy poco probable hallarlos en neonatos, en especial en el pretérmino. La transiluminación es un método diagnóstico útil, que requiere que el personal se entrene en ver la transiluminación normal; si hay un deterioro clínico progresivo solicite una radiografía de tórax portátil urgente para hacer el diagnóstico y si el deterioro es súbito y el neonato está en riesgo de morir, puncionar y succionar con angiocat pegado a una llave de 3 vías hasta evacuar o usar mariposa unido a una trampa de agua para salvar la vida del paciente, mientras se compensa el bebé y se prepara el paso de la sonda a tórax. En raras ocasiones, algunos neumotórax pequeños pueden resolver espontáneamente, pero requiere de un monitoreo estricto. Ocasionalmente se está ante el dilema de aplicar el tubo a tórax o solo drenar el neumotórax, extraer la aguja y cubrir el sitio de punción; en esta situación, la última alternativa es poco utilizada, pero en general, la magnitud del neumotórax, el deterioro clínico, la patología de base, el uso o no de ventilación mecánica, la posibilidad y calidad del monitoreo, la disponibilidad de personal experto en la aplicación y seguimiento de sondas a tórax, etcétera, nos ayudarán a tomar la decisión apropiada. Una intubación monobronquial es un diagnóstico diferencial a contemplar. En otras épocas y en el bebé estable, usaban Oxígeno al 100% por 6 horas; esta conducta aunque cuestionada e incluso teóricamente contraindicada en pretérminos por los efectos deletéreos asociados a la hiperoxia, se ha usado con la teoría que el nitrógeno en el área del neumotórax, difunde hacia el pulmón al aumentar el gradiente del Nitrógeno inspirado vs. El Nitrógeno en el neumotórax, facilitando su difusión, resolviéndolo.