

Técnica del lavado gástrico a pacientes con ingestión de sustancias tóxicas en los diferentes centros de asistencia

Yamila Torres Osoria,¹ Jesús Martínez Cabrera,² Deyanira Díaz Sutherland¹ y Ana Duadys Pérez Álvarez¹

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo en los centros de urgencias de 2 hospitales pediátricos, 2 clinicoquirúrgicos y 2 policlínicos principales de urgencias en Ciudad de La Habana. Se aplicó un cuestionario confeccionado al efecto con preguntas que nos permitieron conocer las diferentes formas de realización del lavado gástrico, en lo que se refiere a la posición del paciente, la vía utilizada y la solución empleada. Las respuestas recogidas fueron 54 en total, evaluadas como buenas, regulares y malas, en dependencia del cumplimiento de los criterios de la Academia Americana de Toxicología Clínica. El 45 % (n=27) refirió que lo hacía en posición decúbito lateral izquierdo, 22 (42 %) en decúbito supino, y el resto dijo hacerlo con el paciente sentado. Siete entrevistados (12 %) admitieron que realizaban el lavado por la vía orogástrica, y el resto por la vía nasogástrica. Se necesita mejorar la enseñanza de la técnica del lavado gástrico entre los profesionales de la salud.

Palabras clave: Lavado gástrico, intoxicaciones agudas, especialidades médicas.

La ingestión de sustancias potencialmente tóxicas provoca numerosas asistencias a los centros de urgencias de todo el país. La descontaminación gastrointestinal se puede realizar mediante la inducción de la emesis, la administración de carbón activado, el lavado intestinal total y el lavado gástrico.

El empleo del lavado gástrico es cada vez menos frecuente en el mundo, ¹⁻³ aunque en nuestro medio se utiliza todavía bastante frecuencia, y se sabe que su técnica de realización no está exenta de variaciones y errores entre los diferentes centros asistenciales, lo cual puede empeorar la evolución del paciente después de una ingestión tóxica. ⁴

Para realizarlo no basta que esté formalmente indicado (por la ingestión de una sustancia que ponga en riesgo la vida o afecte de manera notable la salud), o que no existan contraindicaciones para realizarlo, ⁵ es necesario además tener en cuenta los instrumentos a utilizar (sondas, embudos, jeringuillas, etc.), la posición del paciente, la solución a emplear en el lavado y su técnica de realización.

Con el propósito de identificar y evaluar las diversas modalidades del lavado gástrico en nuestro medio, se realizó un estudio descriptivo en unidades de los diferentes niveles del sistema de salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado a 54 facultativos (médicos y licenciados) que trabajan habitualmente en los Cuerpos de Guardia de los diferentes centros asistenciales. En este se recogieron preguntas destinadas a evaluar los conocimientos, que sobre la técnica del lavado gástrico, tienen los entrevistados para la atención a los intoxicados.

La evaluación se hizo de acuerdo con la escala siguiente:

Bueno: al que se ajustara a todos los requerimientos de la Academia Americana de Toxicología Clínica, y la Asociación Europea de Centros Antitóxicos y Toxicología Clínica (anexo).⁵

Regular: al que cumpla, al menos, 2 de los requerimientos.

Malo: al que cumpla solo 1 de los requerimientos, o no se ajuste en lo absoluto a lo indicado.

Los resultados se sometieron al análisis de frecuencia y porcentual.

Resultados

Se entrevistaron 54 facultativos que laboran habitualmente en Cuerpos de Guardia de los centros de salud que atienden con más frecuencia a pacientes tras la ingestión de sustancias tóxicas (tabla 1).

TABLA 1. Distribución de los entrevistados según especialidad y nivel de la atención médica

Especialidades	Hospital clinicoquirúrgico	Hospital pediátrico	PPU	Total
Especialistas en medicina interna	10	-	1	11
Residentes de medicina interna	4	-	-	4
Especialistas en MGI	2	2	11	15
Residentes de MGI	-	-	4	4
Licenciados en enfermería	2	3	2	7
Especialistas en pediatría	-	13	-	13
Total	18	18	18	54

Fuente: Cuestionarios.

El 45 % de los entrevistados prefirió el decúbito lateral izquierdo para realizar el lavado gástrico, sin embargo, el 42 % lo realiza de preferencia en decúbito supino, particularmente los especialistas en MGI (tabla 2).

TABLA 2. Posición preferida para el lavado gástrico según la especialidad del entrevistado

Especialidades	Decúbito lateral izquierdo	Decúbito lateral derecho	Decúbito supino	Sentado	Total
Especialistas en medicina interna	7	-	4	-	11
Residentes de medicina interna	1	-	2	1	4
Especialistas en MGI	5	-	9	1	15
Residentes de MGI	-	-	3	1	4
Licenciados en enfermería	6	-	1	-	7
Especialistas en pediatría	8	-	3	2	13
Total	27 (45 %)	-	22 (42 %)	5 (13 %)	54

Fuente: Cuestionarios.

La vía nasogástrica fue la preferida por el 88 % de los entrevistados; y vale señalar que del total de los entrevistados que lo hacen por la vía orogástrica, el 59 % (4 de 7) son licenciados en enfermería.

El agua y la solución salina, en ese orden, fueron las más empleadas, y solo 2 entrevistados utilizan la solución de carbón activado. Ninguno de los encuestados refirió llevar a una temperatura de 37-38° C la solución para realizar el lavado, e inclusive 3 de ellos, residentes de MGI, emplearon el agua fría.

Los licenciados en enfermería resultaron ser los facultativos con mejores calificaciones, mientras que 14 de los 19 residentes de MGI entrevistados (73,68 %) obtuvieron la calificación de mal (tabla 3).

TABLA 3. Calificación en la técnica del lavado gástrico según la especialidad del entrevistado

Especialidades	Calificación			Total
	Buena	Regular	Mala	
Especialistas en medicina interna	1	6	4	11
Residentes de medicina interna	-	2	2	4
Especialistas en MGI	-	5	10	15

Residentes de MGI	-	-	4	4
Licenciados en enfermería	3	4	-	7
Especialistas en pediatría	-	8	5	3
Total	4 (7,6 %)	25 (46,2 %)	25 (46,2 %)	54

Fuente: Cuestionarios.

Los PPU fueron las instituciones con las calificaciones más deficientes, pues de los 18 evaluados, 13 (72,2 %) obtuvieron una mala calificación, siguiéndole los hospitales pediátricos con el 38,8 %, y los clinicoquirúrgicos con el 27,7 % de las calificaciones deficientes.

Discusión

El intoxicado por ingestión de sustancias tóxicas en Ciudad de La Habana acude fundamentalmente a las instituciones de salud de asistencia secundaria (hospitales clinicoquirúrgicos y pediátricos), aunque en los últimos años con la creación y fortalecimiento de los PPU, estos se han convertido en un eslabón fundamental para la atención a este tipo de paciente.

El personal de estos lugares tiene que estar debidamente adiestrado en la realización de la técnica del lavado gástrico, dada la frecuencia relativamente alta de su uso.

El decúbito lateral izquierdo con el declive de 20° de la cabeza es la posición adecuada para la realización del lavado gástrico, ya que con ellos se previene una broncoaspiración y se facilita que el contenido del estómago se acumule hacia la curvatura mayor, y esta actúe como reservorio del mismo, además, el esfínter pilórico queda en una posición más alta, previniendo su apertura y el paso del contenido gástrico al duodeno.⁵

Preocupa que un número apreciable de facultativos prefiera realizar el lavado gástrico como método de descontaminación gastrointestinal, pues ello no permite utilizar sondas de un calibre adecuado que posibilite evacuar restos sólidos o líquidos viscosos, y por otra parte, su paso por la mucosa nasal le puede provocar traumas a esta y epistaxis.⁵ El empleo de las sondas de pequeño calibre ocasiona que el lavado gástrico sea incompleto, y que lejos de evacuarse la sustancia tóxica del estómago, se facilite su absorción, al aumentarse la solubilidad de los restos sólidos o al favorecer su paso al duodeno.

Las soluciones utilizadas en los lavados gástricos deben estar cercanas a la temperatura corporal, lo cual es particularmente importante en los lactantes y en los adultos mayores, por el riesgo a desencadenar hipotermias severas, en especial, en intoxicaciones por agentes depresores del SNC.^{3,6} No se acostumbra en nuestro medio el uso del carbón activado como solución para aplicar el lavado gástrico, aunque tampoco se ha demostrado su superioridad a la solución salina.⁷ El empleo del agua helada no tiene ninguna indicación en las intoxicaciones agudas, y tradicionalmente se reserva solo para las crisis

ulcerosas.

Los licenciados en enfermería, con un plan de estudios diseñado para fundir los elementos teórico-prácticos, posibilitó que fueran estos facultativos los que tuvieran las mejores respuestas en el cuestionario. Los médicos, por su parte, no realizan directamente el lavado gástrico, pero de su entera responsabilidad es que este se ejecute correctamente, para minimizar los riesgos a que se somete el paciente.

El presente estudio, aunque preliminar y con una escasa muestra, reveló que los médicos graduados de nuestras facultades, y en especial lo que laboran en los PPU, no están preparados para realizar o controlar la ejecución de un correcto lavado gástrico.

Anexo

- Técnicas para la realización del lavado gástrico:
- Se debe explicar el proceder que se seguirá para la realización del lavado gástrico y obtener el consentimiento verbal del paciente, si este está consciente.
- Realizar intubación orotraqueal o nasotraqueal si el paciente está inconsciente o no tiene reflejo tusígeno, o si presenta o está en riesgo convulsionar.
- Paciente en posición decúbito lateral izquierdo con la cabeza hacia abajo 20°.
- Medir la sonda y marcarla antes de su inserción (deberá medir entre 12 y 13,3 mm de diámetro externo en los adultos y entre 7,8 y 9,3 en los niños).
- Introducir la sonda por la vía orogástrica.
- Chequear la posición de la sonda por insuflación de aire, mientras se ausculta en epigastrio, o por aspiración del contenido gástrico y medir el ph.
- Utilizar líquido tibio (38° Celsius). En el adulto de 200 a 300 mL de agua o solución salina, o 10 mL/kg de peso en el niño de solución salina isotónica.
- Medir el volumen del líquido extraído, el cual debe ser aproximadamente igual al instilado.
- El lavado debe continuar hasta que la solución evacuada del estómago salga clara y libre de materias sólidas.

Summary

Gastric lavage technique in patients with ingestion of toxic substances at the different health care centres

A descriptive study was conducted in the emergency centres of 2 children's hospitals, 2 clinical and surgical hospitals and 2 main emergency polyclinics in Havana City. It was applied a questionnaire that allowed to know the different ways to carry out a gastric lavage as regards the position of the patient, the route used and the solution given. 54 answers were obtained in all and they were evaluated as good, fair and poor according to the fulfilment of the criteria of the American Academy of Clinical Toxicology. . 45 % (n=27) said they did it in left lateral recumbent position, 22 (42 %) in dorsal decubitus and the rest

with the patient sitting. 7 of the interviewed (12 %) admitted that they carried out the lavage by the orogastric route and the rest by the nasogastric route. It is necessary to improve the teaching of the gastric lavage technique among the health professionals

Key words: Gastric lavage, acute poisonings, medical specialties.

Referencias bibliográficas

1. Youniss J, Liovitz T, Villanueva P. Characterization of US poisons centers: a 1998 survey conducted by American Association of Poison Control Centers. *Vet Hum Toxicol* 200;42(1):43-53.
2. Burillo-Putze G, Munne P, Dueñas A, Pinillos MA, Cobo J, et al. Clinical Toxicology WorkingGroup, Spanish Society of Emergency Medicine (SEMESTOX). National multicenter study of acute intoxication in emergency departments of Spain. *Eur J Emerg Med* 2003;10(2):101-4.
3. Henry JA, Hoffman JR. Continuing controversy on gut decontamination. *Lancet* 1998;352(9126):420-1.
4. Martínez Cabrera J, Acosta Moya E, Pomier Suárez O, Martínez Cabrera N. Errores más frecuentes en la atención al paciente intoxicado. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(1)48-57.
5. American Academy of Clinical Toxicology y European Associations of Poisons Centre and Clinical Toxicologist (1997) Positions Statement: Gastric Lavage. *J Toxicol Clin Toxicol*, 35(7):711-9.
6. Tempowski J. Gut decontamination and poisoning. *Emerg Nurse* 2000;8(6):22-8.
7. Bosse GM, Barefoot JA, Pfeifer MP, Rodgers GC. Comparison of three methods of gut decontamination in tricyclic antidepressant overdose. *J Emerg Med*; 13(2):203-9.

Recibido: 11 de noviembre de 2004. Aprobado: 31 de enero de 2005.

Dra. *Yamila Torres Osoria*. Policlínico “Diego Fernández.” Calle Zulueta no. 621 entre Apodaca y Corrales, municipio Habana Vieja, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna. Investigador Agregado.