
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 1
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ASPIRADO-LAVADO GÁSTRICO EN LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 2
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN
2. OBJETIVO
3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO
4. PROCEDIMIENTO
5. DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS E INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO
6. ASPECTOS A DESTACAR
7. RIESGOS LABORALES
8. INDICADORES DE EVALUACIÓN
9. REGISTROS
10. BIBLIOGRAFÍA
11. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 3
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

1. DESCRIPCIÓN

Supone la introducción de una sonda oro-gástrica (Faucher) de una sola luz de calibre grueso, y multiperforada en su extremo distal, a través de la boca hasta el estómago con el fin de aspirar y posteriormente lavar y vaciar el contenido gástrico mediante la irrigación y posterior evacuación del líquido introducido.

El lavado gástrico está indicado exclusivamente en aquellos casos excepcionales de ingestas masivas y/o potencialmente mortales de tóxicos, y en los casos de intoxicaciones graves en los que la utilización de carbón activado no sea eficaz (sales de litio y hierro), en los que el intervalo de tiempo transcurrido desde la ingesta sugiere que no se ha completado la absorción del tóxico.

El lavado está contraindicado si hay disminución del nivel de consciencia, imposibilidad de mantener la vía aérea permeable, sospecha de abdomen agudo, en pacientes con intoxicaciones leves, cirugía digestiva reciente, coagulopatías o estenosis esofágica.

En caso de ingesta de grandes cantidades de disolventes (petróleo, gasolina, aguarrás), se recomienda realizar sólo un aspirado gástrico simple. Para ello utilizaremos una sonda Levin y una jeringa de alimentación de 50 cm para el aspirado, utilizando la técnica de sondaje nasogástrico. En estos casos, se valorará especialmente el aislamiento de la vía aérea, ya que presentan mayor riesgo potencial de broncoaspiración y neumonía lipóide.


Nunca se debe realizar lavado en los casos de ingesta de sustancias cáusticas o corrosivas, tanto si se trata de ácidos o de álcalis.

Este procedimiento está relacionado con el procedimiento general de enfermería: **URG – T002. Guía para la realización de un sondaje nasogástrico en el Servicio de Urgencias**

2. OBJETIVOS

- Evacuar la máxima dosis de tóxico ingerido.
- Evitar la absorción sistémica del tóxico.

3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 4
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

Personal implicado: enfermería , TCAE, medico responsable del paciente

1. Confirmar la identificación del paciente
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Explicar al paciente el procedimiento a realizar, la forma en que puede colaborar.
4. Monitorizar las variables clínicas (TA, FC, FR, T^a y SaO₂).
5. Verificar la existencia de una vía venosa (Ver procedimiento: guía para la inserción de un catéter venoso de acceso periférico).
6. Colocar al paciente en posición adecuada, en fowler o en decúbito lateral izquierdo semiincorporado , según la necesidad
7. Retirar la prótesis dental no fija, en su caso.
8. Si el paciente tiene náuseas, comentar al médico para valorar la administración de un antiemético.

4. PROCEDIMIENTO: ASPIRADO – LAVADO GÁSTRICO

Personal implicado: Enfermera / TCAE.

A) ELECCIÓN DEL TIPO DE SONDA:


En adultos, elegiremos como primera opción una sonda orogastrica tipo Faucher de calibre 36 french y 150 cm de longitud.

Se recomienda utilizar exclusivamente este tipo de sonda para vaciar el estómago mediante lavados gástricos, debido al mayor calibre de estas sondas y de sus perforaciones distales. Así se facilitará la extracción de las distintas sustancias tóxicas ingeridas.

B) INSERCIÓN DE LA SONDA DE FAUCHER

a. PREPARACIÓN DEL MATERIAL:


- Sonda de Faucher (sonda Levin solo para sondaje nasogástrico para aspiración de grandes cantidades de disolventes)
- Embudo
- Aspirador de vacío (preparado y comprobado).
- Lubricante hidrosoluble (glicerina).
- Anestésico tópico en spray (lidocaina: Xilonibsa spray 10 %).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- Abrebocas
- Bandeja
- 1 jeringa de alimentación para comprobación (50 ml).
- 1 pinza de Kocher.
- Palangana grande
- Suero fisiológico 0.9%, preferente a 37°, si no es posible a temperatura ambiente (1- 2 l)
- Carbón activado 25-50 gr. (si está indicado como a complemento del lavado gástrico).
- Empapador desechable
- Guantes de un solo uso.
- Gasas
- Fonendoscopio.
- Mascarilla, gafas y bata de protección por el personal sanitario implicado en el procedimiento
- Material de aspiración:
 - Aspirador conector conectado a vacío o aspirador eléctrico.
 - Tubo bulbo de aspiración
 - Yankauer

b. **SECUENCIA DE INTERVENCIONES:**

1. Nos lavaremos las manos y nos colocaremos el material de autoprotección.
2. Protegeremos el pecho de paciente con empapadores desechables.
3. Pondremos anestesia local con el spray, si el paciente está consciente para evitar molestias.
4. Mediremos la longitud de la sonda orogastrica a introducir. Para ello, tomaremos la parte distal de la sonda y mediremos desde la comisura de la boca, hasta la oreja y hasta el apéndice xifoides del esternón, identificando así el límite a introducir.
5. Lubricaremos la sonda de Faucher con el lubricante hidrosoluble (glicerina), ya que puede ser reabsorbido por el organismo en caso de que llegue al árbol bronquial. Se deben evitar, los lubricantes con base aceitosa, como la vaselina.
6. Colocaremos la abre bocas.
7. Introducir la sonda a través de las abre bocas hacia la orofaringe.


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 6
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

8. En caso de que el paciente esté consciente y que colabore, le pediremos que se relaje y que baje la cabeza, tocando la barbilla en el pecho, o que se mire los pies y que intente tragar saliva. Si el paciente está inconsciente (IOT) inclinaremos nosotros la cabeza suavemente.
 9. Con la cabeza inclinada hacia delante y cuando el paciente realice la deglución, iremos progresando suavemente hasta la señal previamente realizada, situando así la sonda en la cavidad gástrica.
 10. En caso de que el paciente refiera náuseas o tos mientras se está introduciendo la sonda, como medida de precaución, pararemos la introducción de la sonda. Favoreceremos que el paciente descanse unos momentos para evitar aumentar la ansiedad. No forzar ni realizar maniobras bruscas si encontramos alguna dificultad.
 11. Comprobaremos la correcta ubicación de la sonda inyectando aire mientras se ausculta con el fonendoscopio el epigastrio o aspirando el contenido gástrico. Esta maniobra requiere hacerle un corte a la zona próxima de la sonda para adaptarla a la jeringa de alimentación.
- En caso de duda sobre la correcta colocación, y en caso excepcional, realizaremos comprobación radiológica.

C) REALIZACIÓN DE ASPIRADO LAVADO GÁSTRICO

SECUENCIA DE INTERVENCIONES:

1. Aspiraremos todo el contenido gástrico antes de iniciar el lavado propiamente dicho.
2. Colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo, con ligero Trendelemburg (20º) y rodillas flexionadas, para evitar el paso del contenido gástrico al duodeno.
3. Acoplaremos el envase de suero de lavado a la sonda.
4. Lavaremos de forma parcial, introduciendo 250 ml de suero fisiológico .
5. Pondremos en declive la sonda para la salida del contenido gástrico.
6. Movilizaremos la sonda, si el líquido de retorno es inferior al introducido.
7. Observaremos el aspirado gástrico para ver su aspecto. Éste puede ser:
 - Claro o limpio de sustancias tóxicas.
 - Con restos de sustancias tóxicas.
 - Con abundante contenido tóxico.
 - Con contenido alimenticio.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- Otros: bilioso, hemático, etc.
 - Repetiremos la maniobra hasta que éste salga claro (de 1 a 2 litros)
8. Podremos administrar la primera dosis de carbón activado, si está indicado, después de finalizar el lavado y antes de retirar la sonda (Ver Algoritmo de actuación en apartado 11)

D) RETIRADA DE LA SONDA DE FOUCHER

SECUENCIA DE INTERVENCIONES:


1. Informaremos al paciente, si está consciente, de que se va a proceder a la retirada de la sonda.
2. Vaciar el contenido de la sonda, aspirando a través de una jeringa de alimentación.
3. Cerrar la sonda con una pinza de Kocher, para evitar la broncoaspiración del paciente durante la maniobra.
4. Retiraremos la sonda orogastrica de Faucher, con suavidad pero con rapidez.
5. Retiraremos las abrebocas.
6. Finalizado el procedimiento, mantendremos el cabezal de la cama ligeramente elevada (30°).

OBSERVACIONES

- Retiraremos siempre la sonda después del lavado y/o de haber administrado el carbón activado.
- Vigilaremos la aparición de náuseas y vómitos con el consecuente riesgo de broncoaspiración

5. DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS E INTERVENCIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO

- **Hipotermia**
 - ❖ Realizar el lavado gástrico con líquido tibio.
 - ❖ Recalentamiento externo del paciente.
- **Desequilibrio electrolítico**
 - ❖ Administrar preferentemente sueros glucosalinos o alternar sueros salinos con glucosados, en caso de utilizar grandes cantidades de líquido para el lavado.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 8
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- **Náuseas y vómitos**
 - ❖ Si el paciente tiene náuseas, comentar al médico para valorar la administración de un antiemético.
 - ❖ Esperar a que surta efecto el antiemético, antes de volver a iniciar el procedimiento.
 - ❖ Colocar al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral izquierdo).


- **Obstrucción de la sonda orogástrica por contenido gástrico o carbón activado**
 - ❖ Comprobar el motivo que ocasiona la obstrucción.
 - ❖ Retirar parcialmente y volver a reintroducir.
 - ❖ Limpiar con agua después de la utilización de carbón activado.

- **Distensión gástrica**
 - ❖ No introducir grandes cantidades de líquido de una sola vez.
 - ❖ Realizar lavados parciales (250 ml como máximo).

- **Ansiedad**
 - ❖ Mostrar una actitud empática.
 - ❖ Preservar la intimidad y tranquilidad del paciente.

- **Negación del paciente**
 - ❖ Averiguar cuáles son las razones que manifiesta el paciente.
 - ❖ Argumentar al paciente las razones y necesidad de este procedimiento.
 - ❖ Llegar a un acuerdo con el paciente, de forma consensuada.
 - ❖ Si no hay acuerdo avisaremos al médico.
 - ❖ Registrar en la historia clínica electrónica la negativa al procedimiento

- **Lesión y sangrado de la mucosa nasal , bucal o esofágica**
 - ❖ Lubricar la sonda orogástrica (sonda Levin en caso de sondaje nasogástrico), para facilitar la introducción y evitar posibles traumatismos.
 - ❖ No forzar la introducción de la sonda si encontramos una dificultad en el paso de la sonda.
 - ❖ Si existe sangrado de entidad, detener la introducción y retirar la sonda.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 9
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- **Introducción en sitio erróneo - vías respiratorias**
 - ❖ Retirar la sonda.
 - ❖ Dar un tiempo al paciente para que se recupere.
 - ❖ Volver a introducir la sonda.

- **Broncoaspiración / Hipoxia**
 - ❖ Detener la inserción si el paciente tiene tos.
 - ❖ Verificar la correcta colocación de la sonda.
 - ❖ Oxigenar al paciente y avisar al médico.


- **Laringospasmo**
 - ❖ Verificar que la sonda no esté situada en la vía aérea superior.
 - ❖ Valoración clínica del paciente: presencia de disnea, taquipnea, tos, taquicardia, cianosis, estridor, sudoración, agitación.
 - ❖ Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
 - ❖ Oxigenar al paciente y avisar al médico.

- **Imposibilidad del sondaje orogastrico**
 - ❖ No forzar si se encuentra en esta dificultad.
 - ❖ Consultar al médico y valorar el requerimiento de un especialista para la colocación de la sonda.

- **Retirada total o parcial de la sonda**
 - ❖ Si ha sido el paciente el que se le ha auto extraído, informarle de nuevo sobre el procedimiento.
 - ❖ Avisar al médico y registrarlo en la historia clínica electrónica del paciente

6. ASPECTOS A DESTACAR

- El aspirado – lavado gástrico es un buen método para extraer el tóxico e impedir la absorción, pero debe tenerse en cuenta que su eficacia es limitada. Debido a esto, en ocasiones, debe complementarse con otras técnicas de descontaminación digestiva.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 10
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- No iniciar el sondaje sin haber evaluado el nivel de conciencia, según la escala de evaluación Glasgow, así como los posibles problemas de deglución.
- No iniciar el procedimiento del lavado gástrico sin la adecuada verificación de la ubicación de la sonda, habiendo aspirado primeramente el contenido gástrico.
- Vigilar el riesgo de broncoaspiración, especialmente con la sonda Faucher.
- Para valorar si el lavado gástrico es el método prioritario en caso de intoxicación medicamentosa aguda (IMA) consultar el algoritmo de recomendaciones para la descontaminación digestiva en el IMA.
- En caso de intoxicación debida a sustancias anticoagulantes, deberá tenerse en cuenta el nivel de coagulación, así como objetivar que no existen hemorragias presentes en el momento del sondaje, para evitar el agravamiento de las lesiones.
- Si el paciente presenta traumatismo craneal, maxilofacial y/o sospecha de base de cráneo, sólo podrá ser sondado por vía orogastrica.

7. RIESGOS LABORALES

- Contacto por agentes biológicos (sangre, líquidos biológicos y/o tóxicos) (Ver procedimiento Medidas de prevención riesgo biológico).
- Lesiones derivadas de agresiones de pacientes agitados.

8. INDICADORES DE EVALUACIÓN


- Número de pacientes sin indicación de lavado gástrico a los que se les ha realizado el procedimiento.
- Número de pacientes en los que se han registrado las características del contenido gástrico obtenido.
- Número de pacientes que presentan un lavado gástrico con líquido claro.
- Número de pacientes que presentan algún problema relacionado con el procedimiento.

9. REGISTROS

Hoja de registro de enfermería de urgencias / curso clínico:

Registraremos:

- Puntuación de la evaluación del grado de conciencia según la escala de Glasgow y si el paciente tiene problemas de deglución.

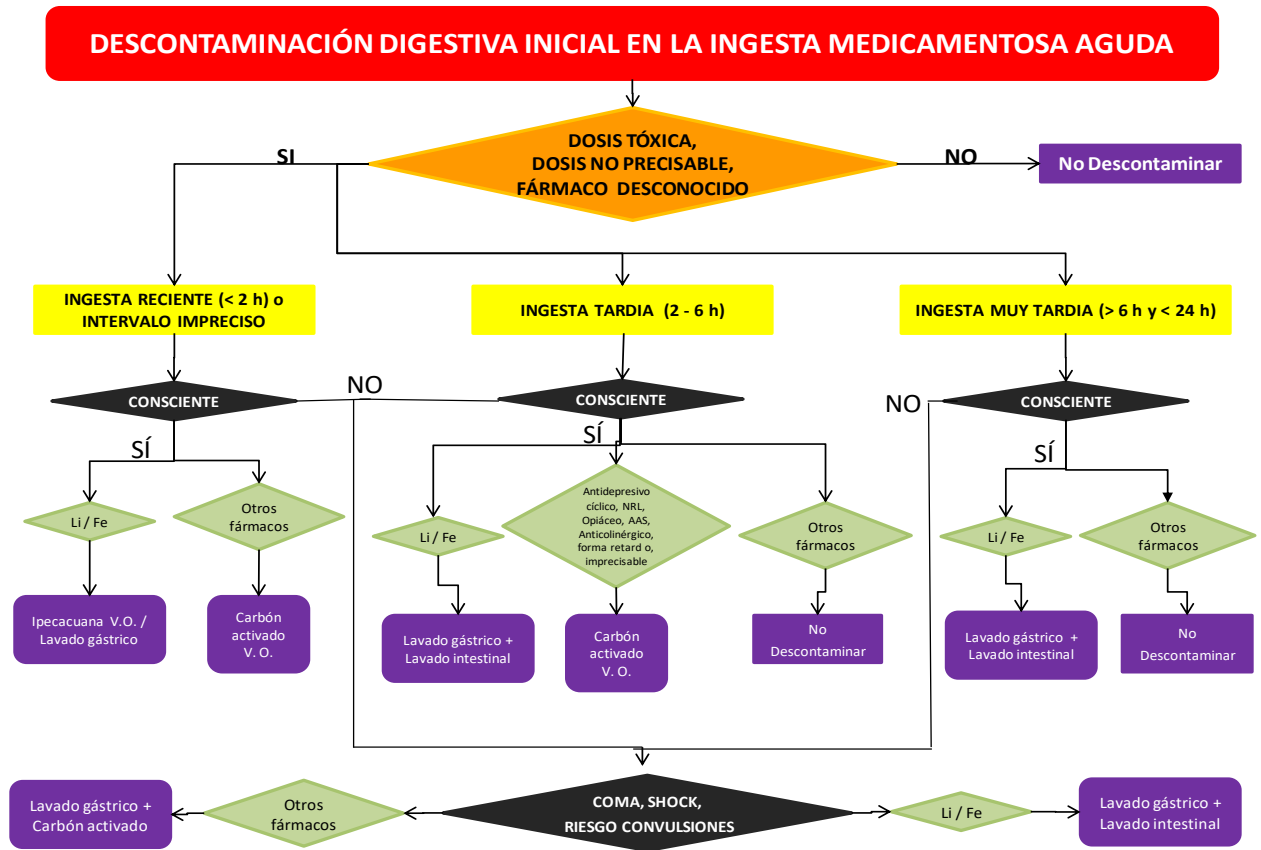
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 11
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

- Variables clínicas (TA, FC, FR, T^a, SaO₂) antes y después del procedimiento.
- Incidencias que hayan podido surgir durante el procedimiento.
- Tipos de sonda colocada, calibre de la misma.
- Características del contenido gástrico obtenido.
- Si se retira la sonda, queda en declive, en aspiración continua o pinzada.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Sangüesa JC, et al. Técnica del lavado gástrico como manejo de intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias. Revista Sanitaria de Investigación 2021 (consultado 4 de enero del 2023). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-del-lavado-gastrico-como-manejo-de-intoxicaciones-agudas-en-los-servicios-de-urgencias/>
2. Hoegberg LG. Techniques Used to Prevent Gastrointestinal Absorption. En: Nelson LS, Howland M, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 11e. McGraw Hill; 2019.
3. Amigó M. Nogué S. Medidas de descontaminación digestiva. En: Nogué S, editor. Toxicología Clínica. Barcelona: Elsevier; 2019. p 219-224.
4. Amigó M. Cuidados y procedimientos enfermeros al paciente con una intoxicación aguda. En: Nogué S, editor. Toxicología Clínica. Barcelona: Elsevier; 2019. p 277-280.
5. Puiguriquer-Ferrando, J., Yates-Bailo, C., Gervilla-García, E., Ortega-Pérez, J., Alfaro García-Belenguer, E., Jiménez-López, R. (2019). Medication overdoses: changes over time. Evolución temporal de las intoxicaciones medicamentosas. Emergencias. 2019;31:107-110.
6. Nogué S, Puiguriquer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX 2006). FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE TOXICOLOGÍA. [Consultado el 3 de enero de 2023] Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/asistencia.html>
7. American Academy of Clinical Toxicology. European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists. Position paper:Gastric lavage. J Toxicol Clin Toxicol 2004; 42: 933-43.


11. ALGORITMO DE ACTUACIÓN



1. La dosis inicial de carbón activado en un adulto es de 25 g. En intoxicaciones potencialmente graves se administrará una nueva dosis a los 60 min. Si el paciente vomita, esperar 30 min y dar una nueva dosis. En intoxicados graves por sustancias de liberación retardada, fenobarbital, carbamazepina, teofilina, quinina y dapsona, se administrarán nuevas dosis cada 3 horas + una única dosis de 30 g de SO_4Na_2 , mientras persista la gravedad clínica.
2. La dosis inicial de jarabe de ipecacuana en un adulto es de 30 ml.
3. Si el paciente está en coma, ha perdido los reflejos faríngeos y no se recuperan con naloxona ni flumazenilo, la descontaminación debe hacerse previa intubación orotraqueal.
4. Tienen elevado riesgo de convulsiones las ingestas de isoniazida, antipalúdicos, teofilina y todo paciente que haya convulsionado previamente.
5. La ingesta de varios fármacos y / o a diversos intervalos, debe hacer escoger la opción que más pueda beneficiar al paciente.
6. El lavado intestinal se realiza con Solución Evacuante Bohm: 250 ml cada 15 min durante 3 horas, vía oral o por SNG.
7. La ingesta de una dosis potencialmente mortal obliga siempre a practicar descontaminación digestiva, dentro de las primeras 24 horas.

12. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Eugenia del Caño Martínez. Enfermera del Servicio de Urgencias. Coordinadora de urgencias	Elena Martínez Beloqui. Médico adjunto de urgencias Inmaculada Jiménez Ruiz, médico adjunto de urgencias. Begoña Espinosa. Médico adjunto de urgencias	Pere Llorens. Jefe Servicio de Urgencias Generales Rogelio Pastor Cesteros. Jefe de sección del Servicio de Urgencias. Carmen Mira Bevia .Supervisora de enfermería del Servicio de Urgencias.
Fecha 22/10/2024	Fecha 22/10/2024	Fecha 22/10/2024

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Guía para la realización de aspirado-lavado gástrico en las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias	URG-T003			Hoja nº 13
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias	22	10	2024	

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	24/01/2023	Elaboración del documento	14
V2	22/10/24	Revisión del documento	13