

Lavado gástrico en el paciente con intoxicación aguda

Gastric lavage in patients with acute poisoning

Autora: Montserrat Amigó Tadín

Dirección de contacto: montamigo@yahoo.es

Cómo citar este artículo: Amigó Tadín Montserrat. Lavado gástrico en el paciente con intoxicación aguda. NURE Inv [Internet]. 2012 may-jun [citado día mes año]; 9(58):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE58_protocolo_lavado.pdf

Fecha recepción: 15/05/2011

Aceptado para su publicación: 31/05/2011

Resumen

Las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y en estos pacientes se plantea con frecuencia la indicación de alguna medida terapéutica que evite la absorción del producto tóxico ingerido por vía oral, siendo una de las opciones la realización de un lavado gástrico. El lavado gástrico es una técnica de descontaminación digestiva cuyo objetivo es extraer del estómago la máxima cantidad de tóxico y evitar así su absorción. Este procedimiento clínico consiste en la introducción de una sonda gástrica por boca o nariz hasta el estómago, para realizar en primer lugar una aspiración de todo el contenido gástrico y realizar a continuación las maniobras del lavado propiamente dicho. La eficacia del lavado gástrico es limitada y comporta un riesgo de iatrogenia, por lo que es muy importante atender a sus indicaciones, contraindicaciones y realizarlo con una técnica metódica para aumentar su efectividad así como reducir las complicaciones, principalmente la broncoaspiración. En ocasiones, el lavado gástrico se complementa con otras técnicas de descontaminación digestiva como puede ser la administración de carbón activado. Este protocolo de lavado gástrico se ha basado en una revisión de la bibliografía sobre este procedimiento y está avalado por la experiencia de nuestro grupo de investigación sobre las técnicas de descontaminación digestiva en las intoxicaciones agudas.

Palabras clave

Lavado gástrico; Envenenamiento; Descontaminación; Sonda; Atención de enfermería.

Abstract

Acute poisonings are a frequent complaint in emergency departments and therapy which prevents the absorption of toxic products taken orally is often indicated: one such option is gastric lavage. Gastric lavage is a digestive decontamination technique whose goal is to remove the maximum amount of poison from the stomach and prevent its absorption. The procedure involves inserting a gastric tube into the stomach through the mouth or nose; firstly to aspirate all the stomach contents and then to perform gastric washing manoeuvres. The effectiveness of gastric lavage is limited and involves a risk of iatrogenesis, and therefore the indications and contraindications should be carefully considered and the technique carried out meticulously to increase its effectiveness and reduce complications, primarily bronchoaspiration. Gastric lavage may be used in conjunction with other digestive decontamination techniques such as administration of activated charcoal. This gastric lavage protocol is based on a review of the literature on this procedure and is supported by the expertise of our research group in gastrointestinal decontamination techniques in patients with acute poisoning.

Key words

Gastric Lavage; Poisoning; Decontamination; Probe; Nursing Care.

Centro de Trabajo: Enfermera de urgencias, Hospital Clínic (Barcelona). Profesora en el Máster Atención integral al enfermo crítico y emergencias, Universidad de Barcelona; y en el Postgrado de Enfermería de urgencias y emergencias, Universidad Ramón Llull (Barcelona).

INTRODUCCIÓN

En los servicios de urgencias es frecuente atender a pacientes con ingesta de productos tóxicos. En la mayoría de los casos, la ingesta se produce de forma voluntaria en el contexto de un intento de suicidio mediante una sobreingesta de medicamentos, pero también se observan ingestas accidentales. Aunque en general el pronóstico es bueno, ocasionalmente se producen ingestas de productos con elevada toxicidad intrínseca o a dosis muy elevadas, con un gran potencial de morbilidad y mortalidad (1).

En función de la situación clínica del paciente y de la cinética de la sustancia, el tratamiento de estos pacientes se basa en cuatro pilares: soporte cardiovascular, administración de antidotos, reducción de la absorción del tóxico ingerido y potenciación de su eliminación (2).

Para disminuir la absorción del tóxico ingerido por vía oral, se cuenta con varias técnicas de descontaminación digestiva: la administración de carbón activado, el lavado gástrico (LG), el uso de eméticos y el lavado intestinal (3).

El LG consiste en la introducción de una sonda gástrica a través de la boca o de la fosa nasal hasta el estómago, de una sola luz, de calibre grueso y multiperforada en su extremo distal. Una vez ubicada en el estómago se aspira para vaciar su contenido y, a continuación, se inician los ciclos del lavado propiamente dicho, consistentes en la irrigación gástrica con líquido templado y su inmediata recuperación por la misma vía. El objetivo es extraer la máxima dosis del tóxico ingerido y evitar la absorción sistémica de dicha sustancia.

OBJETIVO

El objetivo de la guía es instruir a los profesionales sanitarios del ámbito de urgencias en el manejo hospitalario del lavado gástrico en pacientes adultos, así como en el seguimiento y manejo clínico de sus complicaciones. A través de la consecución de estos objetivos se pretende reducir las complicaciones y la iatrogenia asociada al procedimiento.

A la hora de formular la técnica se ha tenido en cuenta los recursos de los que se dispone actualmente en los Procedimientos Normalizados de Trabajo que se utilizan en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona.

INDICACIONES

El uso del LG debe ser considerado en aquellos pacientes que han ingerido un producto potencialmente tóxico, a dosis tóxicas y en los que el intervalo transcurrido desde la ingesta hasta la atención hace presumir que no se ha completado la fase de absorción. No debe ser realizado de forma rutinaria pues su eficacia es limitada y en comparación numerosos estudios han demostrado que el carbón activado es más eficaz (4).

A pesar de ello, el LG conserva unas reconocidas indicaciones entre las que destacan:

- Los casos en los que el paciente ha ingerido una sustancia no absorbible por el carbón, como el carbonato de litio o el sulfato de hierro.
- Las ingestas que tienen un gran potencial de morbilidad o mortalidad, como las de insecticidas organofosforados, en las que se complementará el LG con la administración de carbón activado.
- Para garantizar la vía aérea cuando el paciente presenta una disminución del nivel de conciencia y por tanto de su capacidad de deglución y de cierre epiglótico y no puede administrarse por ello el carbón por vía oral y se precisa de una sonda y LG complementario (5).
- Cuando un paciente consciente rechaza la ingesta de carbón o eméticos por vía oral.

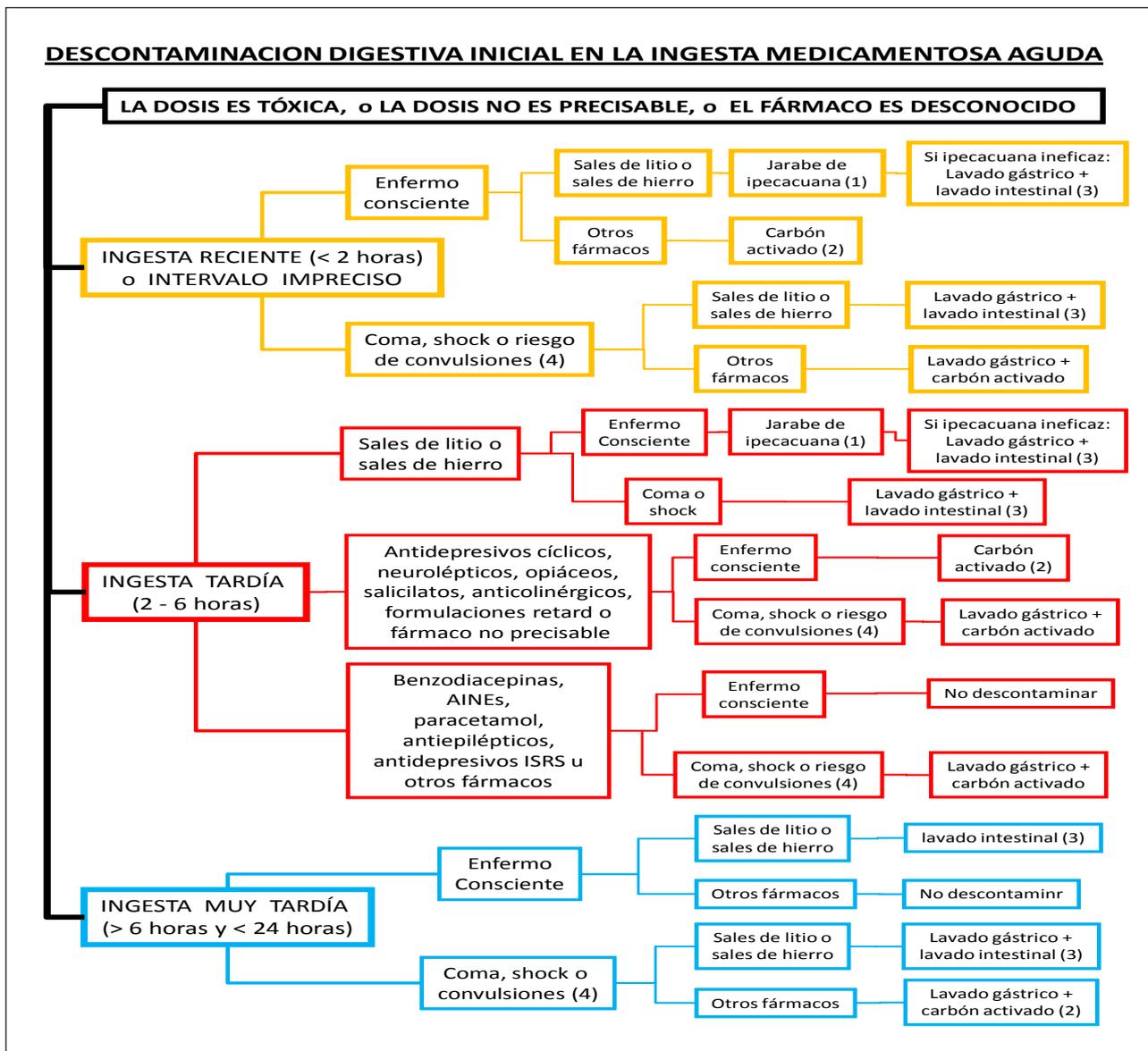
Su inicio ha de ser lo más precoz posible y, en ocasiones, se ha de complementar con otras técnicas de descontaminación digestiva (6).

En los pacientes con intoxicación medicamentosa aguda (IMA), para la elección del mejor método de descontaminación digestiva se recomienda seguir las indicaciones del algoritmo que se muestra en la **Figura 1** y que están basadas en el tipo de tóxico, el estado clínico del paciente y el intervalo de tiempo transcurrido desde la ingesta (7).

CONTRAINDICACIONES (8)

- Sospecha de abdomen agudo.
- Cirugía digestiva alta reciente.
- Coagulopatías.
- Estenosis esofágica.

Figura 1. Algoritmo para la indicación inicial de la descontaminación digestiva en caso de intoxicación medicamentosa aguda (IMA).



- (1) La dosis inicial de jarabe de ipecacuana en un adulto es de 30 mL por vía oral.
- (2) La dosis inicial de carbón en un adulto es de 25 g por vía oral si está consciente, o por sonda gástrica si está en coma. En la ingesta de más de 25 g de fármacos, la dosis inicial de carbón es de 50 g. En intoxicaciones graves por fenobarbital, carbamazepina, teofilina, quinina, dapsona o fármacos de liberación retardada añadir, a la dosis inicial de carbón, 30 g de sulfato sódico en dosis única y repetir 25 g de carbón cada 3 horas hasta el inicio de la mejoría clínica o durante un máximo de 24 horas. Si el paciente vomita el carbón, administrar 4 mg de ondansetrón por vía intravenosa y repetir la misma dosis de carbón a los 30 minutos.
- (3) El lavado intestinal se realiza con una solución de polietilenglicol de cadena larga (evacuante Bohm®): 17,5 g cada 15 minutos por vía oral o sonda gástrica hasta un total de 16 dosis.
- (4) Si el paciente está en coma y/o ha perdido los reflejos faríngeos y no se recuperan con flumazenilo ni naloxona, la descontaminación debe hacerse previa intubación traqueal. Tienen riesgo de convulsiones las ingestas de isoniazida, antipalúdicos, teofilina y todo paciente que haya convulsionado previamente.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

- Ingesta de sustancias cáusticas o corrosivas, tanto si se tratan de ácidos como de álcalis.
- Fractura de base de cráneo, rotura de huesos de la cara y taponamiento nasal, está contraindicado la inserción de la sonda por la nariz. En estos casos se utilizará la vía orogástrica.

PERSONAL

La necesidad y las condiciones para realizar un lavado gástrico proceden de una indicación médica, pero la preparación del paciente y la técnica es competencia del enfermero/a que puede precisar la colaboración del auxiliar de enfermería (9).

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Paciente consciente

- Preservar la intimidad del paciente
- Explicarle el procedimiento que se ha de realizar y la manera de colaborar.
- Monitorizar les constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y pulsioximetría)
- Canalización acceso venoso para soporte hemodinámico y/o controles toxicológicos.
- Incorporar la cama en posición de Fowler.
- Retirar prótesis dental no fija, pendientes, collares y otros accesorios.
- Calmar la ansiedad del paciente, en caso necesario.
- Si el intoxicado tiene náuseas, consultar con el médico la posible administración de un antiemético (preferentemente ondansetrón).

Paciente con disminución de consciencia

Igual que en el caso anterior excepto:

- Explicar a la familia o acompañantes el proceso a realizar.
- Incorporar la cama del intoxicado en posición de semi-Fowler.

- Valorar junto con el médico la necesidad de un aislamiento previo de la vía aérea, si el paciente no tiene reflejos orofaríngeos, su nivel de consciencia es inferior a 8-9 puntos en la escala de Glasgow, presenta convulsiones que no ceden con fármacos o se ha de sedar debido a que presenta una agitación extrema.

MATERIAL

Elección del tipo de sonda

En adultos se escoge como primera opción una sonda orogástrica tipo Faucher de calibre 36 french y 150 cm de longitud. Se recomienda utilizar este tipo de sonda debido al mayor diámetro de su luz interior y al mayor tamaño de las perforaciones distales, lo que facilitará el vaciado gástrico y por tanto la salida de las diversas sustancias tóxicas sólidas ingeridas y que aún no han sido disueltas (10).

En caso de no disponer de la sonda de Faucher, de dificultad para su inserción o de una ausencia de colaboración por parte del paciente, se debe utilizar, como segunda opción, una sonda nasogástrica tipo Levin 18 french y 125 cm de longitud. Se recomienda este tipo de sonda en vez de la Salem, por el mayor diámetro interior al no tener doble luz y por el tipo y forma de las perforaciones distales que favorecerán la extracción tóxica (ver **Figura 2**).

Material de sondaje

- Aspirador de vacío (preparado y comprobado).
- Mordedor o cánula de Guedel.
- Guantes de un solo uso.
- Lubricante hidrosoluble (glicerina).
- Batea, palangana grande, para la recogida de fluidos,
- Jeringa de alimentación de 50 ml.
- Suero glucosalino o suero salino y glucosado, de 3 a 5 litros, preferentemente a 37° C, si no es posible a temperatura ambiente.
- Carbón activado 25 gr (si está indicado como complemento del LG).
- Pinza de Kocher.



Figura 2. De arriba abajo se muestran las sondas de Faucher, Levin y Salem, destacando los diferentes diámetros tanto de la luz interior como de los agujeros distales.

- Empapador y/o toallas.
- Gasas.
- Pañuelos de papel.
- Mascarilla, gafas y bata para protección del personal sanitario implicado en el procedimiento.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Rotulador.

Específico para lavado orogástrico

- Sonda de Faucher (**Figura 3**).
- Abrebocas.
- Anestésico en spray (lidocaína).
- Embudo.

Específico para lavado nasogástrico

- Sonda de Levin (**Figura 4**).
- Bolsa recolectora.
- Linterna.
- Depresor de lengua.

PROCEDIMIENTO LAVADO GÁSTRICO

A) Sondaje orogástrico

- Antes de llevar la técnica a cabo debemos de tener preparado el material necesario para el sondaje.
- Colocar al paciente, asegurándose de que se encuentre cómodo. Se le protegerá mediante un empapador y/o toallas.
- Lavarse las manos y colocarse el material de autoprotección.
- Si el paciente está consciente, se anestesia la faringe con el spray de lidocaína con el fin de reducir molestias y abolir el reflejo nauseoso.
- Colocarse en el lado derecho si es diestro o en el izquierdo si es zurdo.
- Medir la longitud de la sonda orogástrica a introducir mediante la técnica de Hansen: Medir 50cm de la sonda y señalarla con el rotulador, a continuación se coge la parte distal de la sonda y se medirá desde la comisura de la boca hasta la oreja y el apéndice xifoides del esternón, identificándola nuevamente. Insertaremos la sonda hasta el punto medio de los límites marcados.



Figura 3. Sonda Faucher.



Figura 4. Sonda Levin.

- Lubricar la sonda de Faucher con el gel hidrosoluble (glicerina), ya que puede ser reabsorbido por el organismo en caso de que se introdujera en el árbol bronquial. Se han de evitar por tanto, los lubricantes con base oleosa, como la vaselina.
- Colocar el abre bocas.
- Introducir la sonda a través del abre bocas hacia la orofaringe, por encima de la lengua, cogiendo la parte distal de la sonda con el primer y segundo dedo de la mano. Con la otra mano, se aguantará la cabeza para facilitar la entrada más suavemente.
- En caso de que el paciente esté consciente y colabore, le pediremos que se relaje y que baje la cabeza, tocando con la barbilla el tórax o que se mire los pies (cerrando la vía aérea y abriendo la vía digestiva) y que trague saliva. Si el paciente está inconsciente, le inclinaremos nosotros la cabeza.
- Con la cabeza inclinada hacia delante y cuando el paciente realice la deglución, iremos progresando suavemente la sonda hasta el punto medio indicado, situándola así en la cavidad gástrica.
- Antes de proceder a fijar la sonda, comprobar la correcta ubicación gástrica de la sonda aspirando el contenido del estómago. Esta maniobra puede requerir dar la vuelta hacia el exterior a la parte proximal de la sonda o hacerle un corte con el fin de poder adaptar la jeringa de alimentación. En caso de duda sobre la correcta ubicación gástrica, puede hacerse una comprobación radiológica.
- Fijar la sonda.
- Hacer masaje en el cuadrante superior izquierdo del abdomen mientras se realizan las maniobras de lavado.
- Poner la sonda en declive para que por decantación salga el contenido gástrico.
- Si la cantidad de líquido que retorna es inferior al introducido, movilizar la sonda.
- Repetir la maniobra hasta que se hayan utilizado de 3 a 5 litros de líquido o hasta que éste salga claro (**Figura 5**).
- Observar el aspirado gástrico para ver su aspecto (**Figura 6**). Éste puede ser claro o limpio de sustancias tóxicas, con restos de sustancias tóxicas, con abundante contenido tóxico, con contenido alimentario, bilioso o hemático.
- Al finalizar el procedimiento de LG y antes de retirar la sonda administrar, si está indicado, la primera dosis de carbón activado.

Retirada sonda

- Informar de que se procederá a la retirada de la sonda.
- Vaciar el contenido de la sonda, aspirando a través de una jeringa de alimentación.
- Ocluir la luz de la sonda mediante una pinza de Kocher, para evitar la broncoaspiración del paciente durante la maniobra.
- Retirar la sonda de Faucher con suavidad pero con rapidez.
- Retirar el abre bocas.
- Finalizado el procedimiento, mantener el cabezal de la cama ligeramente elevado (30°).

Lavado gástrico

- Aspirar todo el contenido gástrico antes de iniciar el lavado propiamente dicho.
- Colocar al intoxicado en decúbito lateral izquierdo, con ligero Trendelenburg (20°) y con las rodillas flexionadas para evitar el paso de contenido gástrico hacia el duodeno.
- Acoplar el embudo a la sonda.
- Lavar de forma parcial, introduciendo 250 mL de suero glucosalino o alternar suero glucosado al 5% y suero salino al 0,9%.

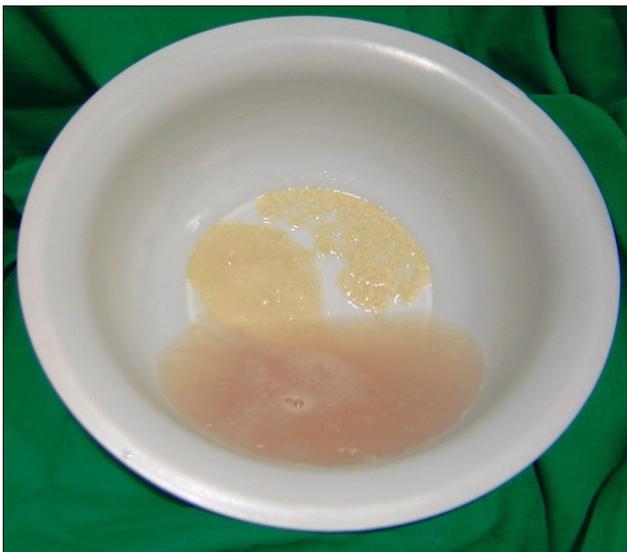
B) Sondaje nasogástrico

- Colocar al intoxicado en posición Fowler, asegurándose de que se encuentre cómodo y protegiéndolo mediante un empapador y/o tallas.
- Lavarse las manos y colocarse el material de autoprotección.
- Limpiar la grasa o sudor de la nariz del paciente, recomendándole que se suene antes de proceder a la colocación de la sonda.



Figura 5. Procedimiento de lavado con Sonda Faucher. Obsérvese la posición ligera de trendelemburg, decúbito lateral izquierdo y rodillas flexionadas.

A



B



Figura 6. Aspecto del débito del estómago a través del lavado. **A:** evidente contenido tóxico –poso– y color de medicamentos. **B:** escaso contenido tóxico –poso– y color de restos medicamentosos.

- Verificar y/o comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
- Colocarse en el lado derecho si es diestro o en el izquierdo si es zurdo.
- Medir la longitud de la sonda a introducir mediante la técnica de Hansen. Medir 50cm de la sonda y señalarla con el rotulador, a continuación se coge la parte distal de la sonda y se medirá desde la punta de la nariz hasta la oreja y el apéndice xifoides del esternón, marcándola nuevamente. Insertaremos la sonda hasta el punto medio de los dos límites identificados.
- Lubricar la sonda nasogástrica con gel hidrosoluble (glicerina), ya que puede ser reabsorbido por el organismo en caso de que se introdujera en el árbol bronquial.
- Indicar al paciente que coloque la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Iniciar la colocación de la sonda por la fosa nasal en dirección hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, cogiendo la parte distal de la sonda con el primer y segundo dedo de la mano. Con la otra mano, aguantaremos la cabeza para facilitar la entrada más suavemente.
- Una vez pasada la zona de los cornetes, en caso de que el paciente esté consciente y colabore, se le indicará que beba agua mediante una pajita, con una jeringa, o bien que trague saliva, facilitando así el descenso de la sonda. Entonces le pediremos que baje la cabeza tocando con la barbilla el tórax o que se mire los pies (cerrando así la vía aérea). Si el paciente está inconsciente, le inclinaremos nosotros la cabeza hacia delante y le introduciremos la sonda.
- Ir progresando suavemente y rotando la sonda hasta la señal previamente realizada y situando la sonda en la cavidad gástrica.
- Comprobar la correcta colocación, verificando la permeabilidad aspirando a través de la jeringa.
- En caso de duda sobre la correcta ubicación gástrica, puede hacerse una comprobación radiológica (**Figura 7**).
- Se marcará el punto límite de la parte proximal de la sonda y se sujetará con esparadrappo de unos 10 cm. de longitud. Se hará un corte longitudinal al esparadrappo hasta la mitad. Se enganchará la parte no cortada sobre la nariz en dirección al mentón y los extremos cortados se enrollarán alrededor de la sonda para evitar decúbitos sobre la mucosa nasal.

Lavado gástrico

- Se aspirará todo el contenido gástrico antes de iniciar el lavado propiamente dicho.
- Se colocará al intoxicado en decúbito lateral izquierdo, con ligero Trendelenburg (20°) y con las rodillas flexionadas para evitar el paso de contenido gástrico hacia el duodeno.
- Se lavará la sonda mediante la jeringa de alimentación, introduciendo 50 mL de suero.
- Aspirar el contenido gástrico con la jeringa de alimentación.
- Hacer masaje epigástrico mientras se realizan las maniobras de lavado.
- Si el líquido de retorno es inferior al introducido, movilizar la sonda.
- Repetir la maniobra hasta que se utilicen de 3 a 5 litros de líquido o hasta que éste salga claro (**Figura 8**).
- Observar el aspirado gástrico para ver su aspecto (**Figura 6**). Éste puede ser claro o limpio de sustancias tóxicas, con restos de sustancias tóxicas, con abundante contenido tóxico, con contenido alimentario, bilioso o hemático.
- Se puede dejar la sonda en declive con una bolsa de recogida para que vaya fluyendo el contenido gástrico o retirarla.
- Al finalizar el LG se puede administrar la primera dosis de carbón activado, si está indicado. En estos casos, la sonda no se dejará en declive sino que deberá quedar pinzada durante una o dos horas para después dejarla de nuevo en declive (**Figura 9**).
- Finalizado el procedimiento, mantener el cabezal de la cama ligeramente elevado (30°).

Retirada de sonda

- Informar al paciente que se va a proceder a la retirada de la sonda.
- Colocar al paciente en la posición de Fowler o semi-Fowler y protegerlo con un empapador.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Facilitar al paciente pañuelos para sonarse la nariz y secarse la boca.
- Desconectar la bolsa recolectora de la sonda nasogástrica.

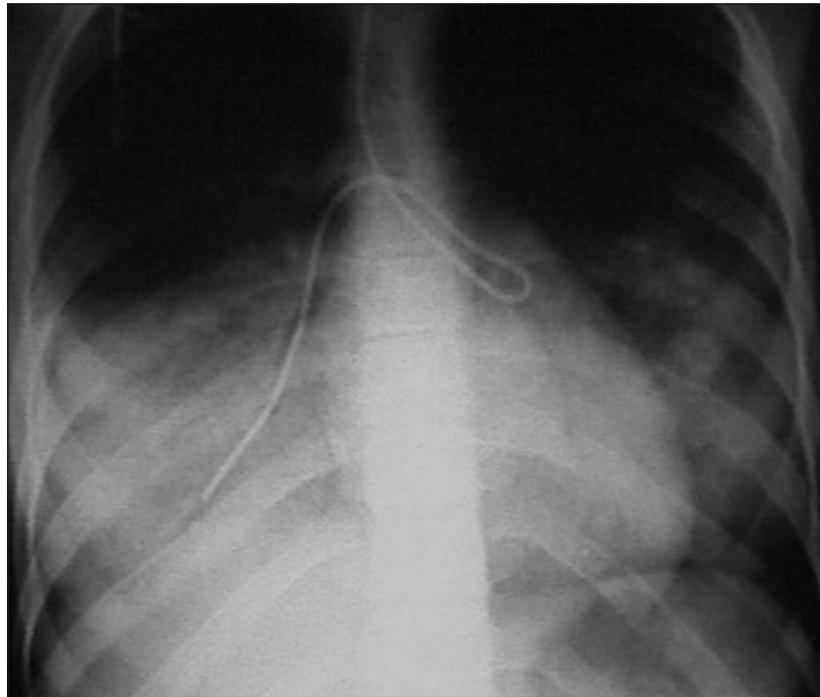


Figura 7. Radiografía de tórax mostrando una neumonía aspirativa en el lóbulo inferior derecho, por una mala insercción de la sonda en la vía aérea y posterior lavado gástrico.



Figura 8. Procedimiento de lavado con sonda Levin.



Figura 9. Paciente en coma a la que se le ha protegido previamente la vía aérea. Administración de carbón activado a través de la Sonda Levin.

- Vaciar el contenido de la sonda nasogástrica, aspirando a través de una jeringa de alimentación.
- Retirar la fijación de la sonda a la nariz.
- Ocluir la sonda con una pinza de Kocher, para evitar que se vacíe el contenido de la sonda y broncoaspire el paciente.
- Retirar la sonda nasogástrica con suavidad pero con rapidez.

Mantenimiento

- Si no se retira la sonda para evitar problemas broncoaspirativos, debido al estado comatoso del paciente o porque necesita dosis repetidas de carbón, proceder a su mantenimiento. Para ello:
 - Lavar la sonda con unos 20 mL de agua inmediatamente después de la administración del carbón activado y dejarla unas 2 horas pinzada o con un tapón. Pasado este intervalo de tiempo, conectar la sonda en declive a la bolsa recolectora.

- Para el resto de cuidados, se seguirán los habituales del paciente portador de sonda.

OBSERVACIONES

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

En caso de intoxicación por anticoagulantes, se tendrá en cuenta el grado de coagulación, así como objetivar que no haya hemorragias presentes en el momento del sondaje para evitar el agravamiento de las lesiones (11).

Para valorar si el lavado gástrico es el método prioritario en caso de intoxicación medicamentosa aguda se recomienda consultar el algoritmo de descontaminación digestiva inicial en la IMA, antes mencionado.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO E INTERVENCIONES A REALIZAR

(12, 13, 14, 15)

Lesión y sangrado de la mucosa nasal, bucal o esofágica

- Lubricar la sonda naso/orogástrica, para facilitar la introducción y evitar posibles traumatismos. Preparar la fosa nasal, lubricando la zona y comprobar que haya paso libre, si ponemos la sonda nasogástrica. En caso de lesión nasal, cambiar el lugar de inserción de la sonda. No forzar la introducción de la sonda si se encuentra una dificultad en el paso de la sonda, debido a que la zona es muy sensible y muy vascularizada. Si existe sangrado mantenido, parar la introducción y realizar una compresión digital durante unos minutos. [NANDA 00035 Riesgo de lesión. NIC 4160 Control de hemorragias].

Náuseas y vómitos

- Si el intoxicado tiene vómitos, comentar con el médico para valorar la administración de un antiemético. Esperar a que haga efecto antes de volver a iniciar el procedimiento. Colocar al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral izquierdo). En caso de que el paciente refiera náuseas mientras se está introduciendo la sonda se parará la introducción de la sonda y se descansará unos momentos para evitar aumentar la ansiedad. Si se presentan náuseas repetidas y la SNG no avanza con la deglución, inspeccionar la garganta con el depresor y la linterna. [NANDA 00134 Náuseas. NIC 3200 Manejo de las náuseas].

Broncoaspiración / Hipoxia

- Parar la inserción si el paciente tiene tos. Verificar la correcta colocación de la sonda. Valoración clínica del intoxicado: presencia de disnea, taquipnea, tos, taquicardia, cianosis, sudoración, agitación. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Oxigenar al paciente. Avisar el médico. [NANDA 00039 Riesgo de aspiración. NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas. NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración].

Hipotermia

- Lavar con líquido tibio. Recalentamiento externo del paciente. [NANDA 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. NIC 3900 Regulación de la temperatura].

Arritmias

- Verificar la correcta colocación de la sonda o parar su inserción. Valoración clínica del paciente: presencia de disnea, taquipnea, tos, taquicardia, bradicardia, hipotensión arterial, cianosis, sudoración, agitación. Avisar al médico. [NANDA 00205 Riesgo de shock. NIC 6610 Identificación de riesgos. NIC 4090 Manejo de la disritmia].

Laringoespasmo

- Verificar que la sonda no esté colocada 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. Avisar el médico. [NANDA 00036 Riesgo de asfixia. NIC 6610 Identificación de riesgos. NIC 3200 Precauciones para evitar la aspiración. NIC 3140 Manejo de las vías aéreas].

Perforación esofágica

- No forzar la introducción de la sonda si encontramos dificultad para avanzar. Vigilar el sangrado. Valoración clínica del paciente: presencia de disnea, taquipnea, tos, taquicardia, hipotensión arterial, cianosis, sudoración, agitación. Avisar el médico. [NANDA 00035 Riesgo de lesión. NIC 6610 Identificación de riesgos].

Desequilibrio electrolítico

- Administrar preferentemente sueros glucosalinos o alternar sueros salinos con glucosados, en caso de utilizar grandes cantidades de líquido para el lavado. [NANDA 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico. NIC 2000 Manejo de electrolitos].

Obstrucción de la sonda nasogástrica

- Comprobar el motivo que ocasiona la obstrucción: que se encuentre encaracolada o fuera de lugar. Retirar parcialmente y volver a reintroducir. Limpiar con agua después de la utilización de carbón activado. [NANDA 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud. NIC 6610 Identificación de riesgos].

Incomodidad por llevar la sonda naso/orogástrica (tos, sialorrea, sensación de cuerpo extraño, dificultad para la deglución)

- Comprobar la correcta colocación de la sonda. Explicar al paciente que ciertas molestias pueden ser normales y tranquilizarlo. Retirar la sonda lo más pronto posible. [NANDA 00214 Discomfort. NIC 5465 Contacto terapéutico].

Imposibilidad del sondaje naso/orogástrico

- No forzar ante dicha dificultad. Si no es posible con la sonda Faucher, intentarlo con la sonda Levin (ver elección de tipo de sonda). Consultar al médico y valorar el requerimiento de un especialista para la colocación de la sonda. [NANDA 00035 Riesgo de lesión. NIC 6610 Identificación de riesgos].

Introducción en lugar erróneo - vías respiratorias

- Retirar la sonda. Dar tiempo para que el paciente se recupere. Volver a introducir la sonda. [NANDA 00035 Riesgo de lesión. NIC 6610 Identificación de riesgos].

Retirada total o parcial de la sonda

- Si ha sido el paciente el que se la ha autoextraído, informarle bien sobre el procedimiento. Si la retirada es parcial, intentar reintroducirla. Si se ha retirado totalmente, iniciar el procedimiento con una nueva sonda. Evaluar nuevamente con el médico la indicación del tratamiento y necesidad de contención física. [NANDA 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud. NIC 6610 Identificación de riesgos. NIC 6580 Sujeción física].

Distensión gástrica

- No introducir grandes cantidades de líquido de una sola vez. Hacer lavados parciales (250 ml como máximo). [NANDA 00197 Riesgo de movilidad gastrointestinal disfuncional. NIC 0470 Disminución de la flatulencia].

Negación del paciente

- Adivinar cuáles son los motivos que manifiesta el paciente para la negación. Argumentar al paciente las razones y la necesidad de realizar este procedimiento. Llegar a un acuerdo con el paciente de forma consensuada. Si no hay acuerdo avisar al médico. [NANDA 00072 Negación ineficaz. NIC 6340 Prevención del suicidio. NIC 4420 Acuerdo con el paciente].

Ansiedad, desesperanza, miedo, agitación

- Empatía. Serenidad. No hacer juicios de valor. Preservar la intimidad y tranquilidad del paciente. Proceder a la contención física del intoxicado en caso de agitación extrema y avisar al médico. [NANDA 00124 Desesperanza. NIC 5820 Disminución de la ansiedad. NIC 5380 Potenciación de la seguridad. NIC 5270 Soporte emocional. NIC 5340 Presencia. NIC 6490 Prevención de caídas].

REGISTROS

- Puntuación del grado de consciencia según la escala Glasgow.
- Constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y pulsioximetría) antes y después del procedimiento.
- Incidencias que hayan podido surgir durante el procedimiento.
- Día y hora, el tipo de sonda colocada y el calibre de la misma.
- Características del contenido gástrico obtenido.
- Si no se retira la sonda, registrar si queda en declive, en aspiración continua o pinzada.
- En caso de tener que complementar la descontaminación digestiva, procedimientos necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burillo Putze G, Munné Mas P, Dueñas Laita A, Trujillo Martín M, Jiménez Sosa A, Adrián Martín MJ et al. Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006 -Estudio HISPATOX-. *Emergencias* 2008; 20:15-26.
2. Nogué S. Intoxicaciones. Generalidades. En: Rozman C, editor. *Medicina Interna*. Barcelona: Elsevier - Doyma; 2008; 2593-9.
3. Amigó-Tadín M, Nogué-Xarau S. Descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. *Jano* 2005; 1584:77-80.
4. Kupferschmidt H, Züst A, Rauber-Lüthy C. Decontamination and antidotes in acute cases of poisoning. *Ther Umsch*. 2009; 66(5):331-4.
5. Amigó M, Nogué S, Sanjurjo E, Faro J, Ferró I, Miró O. Eficacia y seguridad de la descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. *Med Clin* 2004; 122(13):487-492.
6. Nogué S, Puiguriquer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX 2006). [Internet]. Zaragoza: Asociación española de toxicología. Actualizado 7 Nov 2006; citado 14 Oct 2010. Disponible en: <http://wzar.unizar.es/stc/novedades/novedades.html>
7. Amigó Tadín M, Faro Colomina J, Estruch Marmol D, Cascán Montiel M, Gallego Fernández S, Gómez López E et al. Descontaminación digestiva en pacientes con intoxicación medicamentosa aguda. Validación de un algoritmo para la toma de decisiones sobre la indicación y el método prioritario. *Emergencias* 2003; 15:18-26.
8. Jimenez M, Rumi L, Molina F. Lavado gástrico. En: *Tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales*. [Internet]. Almería: Actualizado 7 Dic 2007; citado 12 Oct 2010. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo103/capitulo103.htm>
9. Ruiz J, Martín M^a C, Garcia- Penche R. Lavado gástrico. Procedimientos específicos de urgencias. *Procedimientos y técnicas de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol; 2006.
10. 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. Perelló C, García Á. Aspirado-lavado gástrico en el paciente intoxicado: situación actual. *Metas de Enferm* 2010; 13(1):58-61.
12. Liisanantti J, Kaukoranta P, Martikainen M, Alakokko T. Aspiration pneumonia following severe self-poisoning. *Resuscitation* 2003; 56:49-53.
13. Daly F F S, Little M, Murray L. A risk assessment based approach to the management of acute poisoning. *Emerg Med J* 2006; 23:396-399. doi: 10.1136/emj.2005.030312.
14. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA Internacional). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.
15. Bulechek, G.M, Butcher H K; McCloskey, J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Nursing Interventions Classification (NIC) 5ª ed*. Barcelona: Mosby-Elsevier; 2008.