

# Lavagem gástrica realmente efetiva?

## *Gastric lavage- effective?*

Franciele A. Bianchi Leidenz<sup>1</sup>; Walter Flausino Fideles Júnior<sup>2</sup>; Guilherme Rocha Lucciola<sup>2</sup>

### RESUMO

Método descrito pela primeira vez há pouco menos de 200 anos, a lavagem gástrica é atualmente utilizada na terapêutica de intoxicação por grande variedade de substâncias. Este procedimento visa à remoção da substância ingerida antes que esta atinja o intestino delgado, local de maior absorção; e vem sendo realizado de maneira bastante indiscriminada pelos profissionais da saúde. A técnica deve ser realizada por pessoal devidamente capacitado e em ambiente que ofereça adequadas condições de suporte ao paciente frente às possíveis complicações. Este artigo tem a intenção de motivar a discussão acerca da real eficácia desta prática, além de trazer informações úteis sobre os reais benefícios e desvantagens advindas da realização da lavagem gástrica e de outras técnicas de descontaminação do estômago.

**Palavras-chave:** Lavagem Gastrica; Descontaminação; Toxicologia.

<sup>1</sup>Médico do Serviço de Toxicologia do Hospital Pronto Socorro João XXIII (CIAT-BH). Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>2</sup>Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*Described for the first time less than 200 years ago, the gastric lavage method is performed nowadays in the therapeutics for intoxication by several kinds of substances. This procedure, which aims to remove the ingested substance before it reaches the small bowel, place of highest level of absorption; has been conducted in a fairly indiscriminate way by health professionals. It must be performed by well trained personnel in a proper facility, able to manage possible complications. This article is intended to encourage discussion about the real effectiveness of this practice, and provide useful information concerning real benefits and disadvantages arising from the performance of gastric lavage and other techniques for decontamination of the stomach, and, therefore, of the patient.*

*Key words:* Gastric Lavage; Decontamination; Toxicology.

## INTRODUÇÃO

A lavagem gástrica consiste na administração de fluido no estômago por meio de tubo de grande calibre e sua posterior remoção juntamente com as substâncias que se encontravam no interior gástrico. Tal procedimento visa a evitar que substâncias tóxicas ingeridas cheguem ao intestino delgado, local onde ocorre a maior absorção devido à grande superfície absorptiva. A absorção frequentemente é rápida, particularmente para substâncias lipossolúveis. Portanto, remover uma toxina do estômago pode diminuir a quantidade total absorvida e, por isso, reduzir sua toxicidade sistêmica.

Não é uma técnica destituída de perigo (cita-se: laringoespasma, aspiração de conteúdo gástrico, trauma de esôfago ou de vias aéreas, arritmias, translocação de conteúdo gástrico ao intestino delgado, distúrbios hidroeletrólíticos, entre outros). Está associada com hipóxia transitória em pacientes prostrados, e pode resultar em aspiração pulmonar. A introdução de grande quantidade de líquido no estômago pode causar distensão gástrica

*Instituição:*  
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Walter Flausino Fideles Júnior  
Rua das Palmeiras, 94  
Bairro: Social  
CEP: 75510-430  
Itumbiara, GO – Brasil  
E-mail: guilhermelucciola@gmail.com

com consequente abertura do piloro e extravasamento de conteúdo para o intestino delgado. Ou seja, ao invés de reduzir a fração de substância tóxica absorvida, o procedimento pode aumentar a absorção da droga, um processo associado com o rápido início de sintomatologia.

Nas últimas décadas, muitos trabalhos têm testado os reais benefícios do procedimento.

## METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica em Portal CAPES, utilizando as palavras-chave: lavagem gástrica, gastric lavage, gastric decontamination. Foram selecionados artigos do PubMed, com ênfase aos escritos entre 1966 e 2008, sobre generalidades e eficácia da técnica.

## RESULTADOS

### ■ indicações:

- ingestão de substâncias com elevada toxicidade sistêmica e repercussões potencialmente graves;
- substâncias não adsorvidas pelo carvão ativado;
- até 60 minutos da ingestão ou em casos específicos de retardo de esvaziamento gástrico somado à alta toxicidade da substância ingerida.

Jones e Volans<sup>1</sup> concluíram que a lavagem gástrica deve ser realizada com até uma hora da ingestão da toxina. Mas na prática, dificilmente o paciente chega ao serviço de emergência em tempo hábil devido a: não procura por ajuda (perfil do paciente que tenta autoextermínio), dificuldades no transporte até o local e problemas na triagem hospitalar.

Quando a substância a ser retirada pode reagir com água formando compostos tóxicos (ex. fosfato de zinco ou alumínio, que liberam fosfina, uma toxina respiratória), é preferível realizar a lavagem com óleo vegetal. Outra indicação para essa técnica consiste na ingestão de substância lipossolúvel com alta toxicidade sistêmica (ex.: cresol).

Matthew *et al.*<sup>2</sup>, em estudo prospectivo, demonstraram em 37% dos pacientes recuperação de 200mg de barbitúricos com a lavagem gástrica sendo realizada até quatro horas após a ingestão.

### ■ contraindicações:

- pacientes com depressão do SNC (fazer proteção de vias aéreas antes do procedimento);

- ingestão de cáusticos, corrosivos, hidrocarbonetos ou derivados de petróleo. Exceção: se a toxicidade sistêmica do composto ingerido suplantar os malefícios do procedimento;
- pacientes com risco de perfuração gastrointestinal;
- distúrbios hidroeletrólíticos;
- ingestão clinicamente insignificante ou de substâncias pouco tóxicas;
- Saetta<sup>3</sup> afirma que em crianças é preferível a indução de emese, tendo em vista o diminuto calibre das sondas a serem usadas, a falta de cooperação do paciente e a agressão psicológica que o ato poderia causar.

### ■ controvérsias sobre a efetividade da lavagem gástrica:

Kulig *et al.*<sup>4</sup>, em estudo prospectivo envolvendo 592 casos de autointoxicação, concluíram que técnicas de esvaziamento gástrico na abordagem inicial da superdosagem medicamentosa são geralmente desprovidas de benefício, a não ser que a lavagem gástrica seja realizada com até uma hora da ingestão.

Em contraposição, Tandberg *et al.*<sup>5</sup> concluíram que a lavagem gástrica é o método conhecido de descontaminação mais eficiente no que tange à recuperação de quantidade de substância ingerida, no caso, cianocobalamina (45% comparado a 28% na emese).

Bateman<sup>6</sup> afirmou que um equilíbrio precisa ser alcançado entre situações em que o procedimento é desprovido de valor (ex.: em doses medicamentosas não tóxicas) e naquelas em que seu papel é incerto porque os estudos realizados até o momento não abrangeram suas particularidades (ex.: na superdosagem de aspirina, em que há retardo do esvaziamento gástrico e também na superdosagem de compostos não adsorvidos pelo carvão ativado).

Eddleston *et al.*<sup>7</sup> mostraram que a lavagem gástrica realizada em localidades pobres, sem estrutura adequada e sem equipe bem treinada é perigosa; realizaram um estudo em seis hospitais do Sri-Lanka, acompanhando 14 lavagens gástricas em 23 dias. Três pacientes morreram durante o procedimento ou pouco após sua realização e sete aspiraram conteúdo gástrico, desenvolvendo pneumonia. Dessa forma, concluíram que seja considerada a lavagem para poucos pacientes: naqueles com ingestão de dose fatal do tóxico, que deram consentimento verbal ou estão sedados e intubados. Os pesquisadores reiteram a necessidade de sempre se pesar risco *versus* benefício nessas populações.

Extensa revisão de literatura concluiu em 2004<sup>8</sup> que: “a lavagem gástrica não deveria ser empregada rotineiramente”.

ramente”. “Estudos clínicos mostraram poucos benefícios para pacientes intoxicados com grande quantidade do tóxico”. Uma revisão anterior desse mesmo grupo em 1997<sup>9</sup> chegou a conclusões similares. Diretrizes publicadas nos últimos 18 anos têm desencorajado essa rotina.

Buckley<sup>10</sup> concluiu que não há evidência clínica suficiente que apoie o uso de qualquer prática de descontaminação gastrointestinal, em qualquer situação e que, portanto, mais estudos são necessários nessa área.

Estudos de Lapatto-Reiniluoto *et al.*<sup>11</sup> mostraram que o uso do carvão ativado isoladamente ou associado à lavagem gástrica mostraram eficácia similar na prevenção da absorção do diazepam, ibuprofeno e citalopram. Esses resultados demonstram que a lavagem gástrica não necessita ser realizada antes da administração do carvão ativado frente às intoxicações por tais fármacos.

Clements e Shaskos<sup>12</sup> evidenciaram que muitas das pesquisas revisadas que mostram o efeito da descontaminação gastrointestinal em modelos animais e voluntários tem falhas em seu desenho. “Em muitos estudos o início da descontaminação se deu poucos minutos após a ingestão; em outros a dose utilizada não foi alta suficiente para atingir toxicidade. Em ambas situações, temos cenários pouco similares com a vida real”. Segundo os pesquisadores, “o importante é tratar o paciente e não a substância tóxica”.

No estudo de Tenenbein *et al.*<sup>13</sup>, dez voluntários ingeriram 5g de ampicilina. Diferentes técnicas foram usadas uma hora após a ingestão e a concentração da ampicilina sérica foi estimada. A redução na absorção comparada ao grupo controle foi de 32% na lavagem gástrica; 38% na indução de emese; 57% no carvão ativado (50g) com sulfato de magnésio (30g).

Em 2008, Bailey<sup>14</sup> mostrou que as indicações das várias técnicas de descontaminação gastrointestinal não estão claras em muitas situações. Os clínicos devem decidir sempre considerando riscos e benefícios em cada caso.

## CONCLUSÃO

A maioria dos estudos recentes sobre descontaminação gástrica vai de encontro ao uso indiscriminado que se observa atualmente. Observa-se tendência crescente em se indicar tal procedimento cada vez menos, restringindo-o principalmente a casos de ingestão maciça de substâncias muito tóxicas e com cer-

ca de uma hora transcorrida da ingestão, desde que em local adequado e com profissionais capacitados.

Sempre se deve pesar riscos e benefícios do procedimento em cada caso. O alvo da terapêutica é o paciente e não a simples remoção da substância tóxica.

## REFERÊNCIAS

1. Jones AL, Volans G. Management of self poisoning. *BMJ* 1999;319:1414-7.
2. Matthew H, Mackintosh TF, Tompsett SL, Cameron JC. Gastric aspiration and lavage in acute poisonings. *BMJ*. 1966; 1:1333-7
3. Saetta JP. Gastric decontaminating procedures: is it time to call a stop?. *J R Soc Med*. 1993; 86(7): 396-9.
4. Kulig K, Bar-Or D, Cantrill SV, Rosen P, Rumack BH. Management of acutely poisoned patients without gastric emptying. *Ann Emerg Med*. 1985;14:562-7
5. Tandberg D, Diven BG, McLeod JW. Ipecac-induced emesis versus gastric lavage: a controlled study in normal adults. *Am J Emerg Med*. 1986;4(3):205-9
6. Bateman DN. Gastric decontamination-a view for the millennium. *Accid Emerg Med*. 1999, 16:84-6;
7. Eddleston M, Haggalla S, Sudarshan K, Senthilkumaran M, Karaliedde L, Ariaratnam A, Sheriff MHR, Warrell DA, Buckley NA. The Hazards of Gastric Lavage for Intentional Self-Poisoning in a Resource Poor location. *Clin Toxicol. (Philadelphia)*. 2007; 45(2):163-43.
8. American Academy of Clinical Toxicology and European Association of Poison Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: gastric lavage. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004;42:933-43. [PubMed: 15641639]
9. American Academy of Clinical Toxicology and European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position statement: gastric lavage. *J Toxicol Clin Toxicol* 1997;35:711-9. [PubMed: 9482426]
10. Buckley N, Eddleston M. The revised position papers on gastric decontamination. *Clin Toxicol (Philadelphia)*. 2005; 43(2):129-30.
11. Reiniluoto OL, Kivistö KT, Neuvonen PJ. Effect of activated charcoal alone or given after gastric lavage in reducing the absorption of diazepam, ibuprofen and citalopram. *Br J Clin Pharmacol*. 1999 Aug; 48 (2):148-53.
12. Clements EA, Shaskos JB. Current Controversies in Gastrointestinal Decontamination. *J Pharm Pract*. 2005; 18:209.
13. Tenenbein M, Cohen S, Sitar DS. Efficacy of ipecac-induced emesis, orogastric lavage and activated charcoal for acute drug overdose. *Ann Emerg Med*. 1987 Aug;16(8):838-41.
14. Bailey B. To Decontaminate or Not to decontaminate? The Balance Between Potential Risks and Foreseeable Benefits. *Clin Ped Emerg Med*. 2008; 9:17-23.