

Valoración del residuo gástrico en el paciente adulto en estado crítico

EEC Diana Teniza-Noguez,* EEC Julio César Cadena-Estrada*

* Subjefes de Enseñanza e Investigación de Enfermería del INCICH.

RESUMEN

El paciente críticamente enfermo requiere de un monitoreo minucioso debido al deterioro en su estado de salud. En el aspecto nutricional no es la excepción, ya que la ingesta alimenticia se encuentra seriamente comprometida por diversos factores que alteran la deglución, generalmente en forma transitoria. Esta situación justifica la necesidad de implementar una terapia nutricional para aportar los requerimientos calóricos y proteicos indispensables para que el paciente enfrente esta situación crítica de salud. En este contexto, es donde el cuidado de enfermería cobra importancia para prevenir y/o minimizar complicaciones durante la administración de la nutrición enteral, es necesaria la valoración continua del residuo gástrico, motivo por el cual se desarrolla el presente procedimiento, que dará la pauta para una acertada toma de decisiones en la terapéutica nutricional del paciente. El éxito de la nutrición depende en gran medida de las intervenciones oportunas de enfermería.

Palabras clave: Nutrición enteral, residuo gástrico, valoración.

ABSTRACT

The critically patient requires close monitoring to value deterioration in his health; the nutritional aspect is no exception because is severely compromised by many factors that disrupt swallowing. This situation justifies the need to implement nutritional therapy to provide calorie and protein requirements necessary for the patient recovery its health. In this context, where nursing care be-

comes important to prevent and/or minimize complications during administration of enteral nutrition, we need ongoing assessment of gastric residue; this procedure is developed, to provide the basis to a correct decision-making in the patient's nutritional therapy. The success of nutrition depends largely on nursing care.

Key words: Enteral nutrition, gastric residue, assessment.

CONCEPTO

Son las actividades que realiza el profesional de enfermería para valorar el residuo gástrico en el paciente adulto en estado crítico que recibe nutrición por vía enteral.

OBJETIVO

Describir el proceso de valoración del residuo gástrico en el paciente crítico en edad adulta que oriente al profesional de enfermería de manera rápida en la detección oportuna de complicaciones derivadas de la administración de nutrición enteral (NE).

PRINCIPIOS

La capacidad gástrica en el adulto es de aproximadamente de 1,500 a 2,000 cc. El tiempo medio de VG es aproximadamente de 80 minutos. Los factores gástricos que estimulan el VG son el efecto del volumen alimenticio gástrico y la velocidad de vaciamiento.

MATERIAL Y EQUIPO

1 par de guantes no estériles, cubrebocas, 1 pomadera, 1 jeringa asepto, 1 jeringa de 20 ml, 1 jeringa de 10 ml, 1 frasco de solución fisiológica al 0.9% o agua bidestilada, 1 riñón, cinta métrica, estetoscopio, campo quirúrgico de

Recibido y aceptado para publicación: mayo, 2012.

Dirección para correspondencia:

Diana Teniza-Noguez

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan 14080, México, D.F.
 Tel. 55-73-29-11 Ext. 1150, 1124. E-mail: teniza_kim@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

tela, medicamento procinético, guantes no estériles, Nutrición enteral, hojas de enfermería.

PROCEDIMIENTO

1. Prepare el material con el equipo y trasládalo a la unidad del paciente.
2. Lávese las manos de acuerdo a los estándares de calidad de la institución.
3. Eleve la cabecera de la cama del paciente de 30 a 45°.
4. Suspenda la administración de la NE si se está administrando de forma continua.
5. Colóquese los guantes.
6. Verifique la permeabilidad, localización y fijación de la sonda naso/orogástrica a través de la auscultación, administrando 20 ml de aire o a través de la valoración de la radiografía abdominal, si cuenta con ésta.
7. Aspire el contenido gástrico (preferentemente con jeringa de 20 cc o de calibre mayor); si no obtiene débito compruebe nuevamente la correcta ubicación de la sonda.
8. Administre 20 ml de agua; si retorna la cantidad administrada significa que la sonda es confiable para su aspiración.
9. Valore el residuo gástrico. En caso de que el contenido tenga características de pozos de café o nutrición administrada, inicie medidas de vigilancia:
 - a) Mantenga la cabecera del paciente en posición semifowler (30-45°). En caso necesario, mantenga al paciente en decúbito lateral derecho.
 - b) Valore la presencia de distensión abdominal (perímetro abdominal a nivel de la cicatriz abdominal).
 - c) Administre medicación procinética según indicación médica.
 - d) Identifique la presencia de dolor.
 - e) Compruebe el inflado del globo del tubo endotraqueal cada 6 horas en pacientes con ventilación mecánica.
10. Despince y coloque la sonda permitiendo la salida del líquido libremente sobre un riñón o bolsa de drenaje.
11. Cuantifique la cantidad del líquido drenado.
 - 11.1. Si es < 200 ml, continúe con la infusión de NE a la velocidad indicada.
 - 11.2. Si es > 200 ml, valore el aspecto, informe al médico e inicie régimen de tolerancia como se indica a continuación (no exceder de 48 horas):
 - a) Administre agua durante 9 horas; 100 ml cada 3 horas.
 - b) Proporcione descanso nocturno si está indicado en el tratamiento médico. De ser así, se pinzará la sonda a las 24 h de la noche introduciendo 50 ml de agua. A las 4 horas de la mañana, se coloca la bolsa recolectora y se deja a derivación; a las 2 horas siguientes se valorará el residuo gástrico.
 - c) En caso negativo o no exceder a 200 ml de agua reinicie la NE.
12. Identifique la frecuencia de las deposiciones y valore sus características.
 - a) Cuantifique las deposiciones y valore consistencia y frecuencia.
 - a. Diarrea más de 5 deposiciones/día o más de 1 deposición de 1 litro.
 - b. Relacione diarrea con el tipo de medicación administrada (ej. antibióticos).
 - c. Estreñimiento, ausencia de deposiciones en 5 días.
 - d. Relaciónelo con dieta pobre en residuos.
13. Registre los egresos, características del residuo gástrico y medidas de vigilancia en las hojas de enfermería.
14. Verifique la permeabilidad, localización y fijación de la sonda naso/orogástrica de manera periódica.
15. Deje cómodo y limpio al paciente, repita la actividad (valoración del residuo gástrico).

PUNTOS IMPORTANTES

1. De acuerdo al Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición (GtMyN), el volumen residual gástrico (VRG) puede oscilar entre 100 y 500 ml, verificándose cada 8 horas en 24 horas.
2. El régimen de tolerancia no debe exceder de más de 48 horas.

REFERENCIAS

1. Mesejo AJM, García-Simón M. Acceso enteral y evaluación de la función intestinal en el paciente crítico. *Nutr Hosp* 2007; 22(Supl 2): 37-49.
2. Montejo JC, Miñambres E, Bordejé L, Mesejo A, Acosta J, Heras A et al. Gastric residual volume during enteral nutrition in UCI patients: the REGANE study. *Intensive Care Med* 2010; 36(8): 1386-93.
3. Montejo GJC, Estébanez MB. Complicaciones gastrointestinales en el paciente crítico. *Nutr Hosp* 2007; 22(Supl 2): 56-62.
4. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *JPEN Parenter enteral Nutr* [Serie en línea] 2003 [Citado 24 feb 2012]; 27(5): 355-373. Disponible en: http://www.criticalcare-nutrition.com/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=10
5. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut* 2003; 52(Supl VII): vii1-vii12.
6. Pinilla C, Samphire J, Arnold C, Liu L, Thiessen B. Comparación de la tolerancia gastrointestinal de dos protocolos de alimentación enteral en el paciente crítico: un ensayo prospectivo, aleatorizado y controlado. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2001; 25(2): 81-6.
7. Mesejo A, Vaquerizo AC, Acosta EJ, Ortíz LC, Montejo GJC. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Introducción y metodología. *Med Intensiva* 2011; 35(Supl 1): 1-6.
8. Hoyos GMG, Agudelo OMG. Incidencia de residuo gástrico alto en pacientes adultos que reciben soporte nutricional enteral en instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia. *Perspectiva Humana* 2010; 12: 47-60.
9. Mesejo A, Vaquerizo CA, Acosta EJ, Ortíz LC, Montejo GJC. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Actualización. Consenso SEMICYUC-SENPE: Introducción y metodología. *Med Intensiva* 2011; 35(Supl 1): 1-6.
10. Torres VA, Fuentes CM, Jiménez MF, Sandoval LG, Vargas UB, Ocampo ON. Nutrición enteral, intervención segura en la Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2008; 22(4): 226-235.
11. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011*. España: Elsevier; 2010.