

COMENTARIOS DE ARTÍCULOS:

El valor de la valoración rutinaria del residuo gástrico en recién nacidos de muy bajo peso

Torrazza RM, Parker L, Li Y, Talaga E, Shuster J, Neu J.
Journal of Perinatology 2015;35:57-60
 Comentado por: Lic. Esp. Ana Quiroga^o

Resumen

Objetivo: Existe poca información en relación a la valoración del residuo gástrico (RG) previo a la alimentación en recién nacidos prematuros. El objetivo de este estudio fue comparar la cantidad de alimentaciones a las 2 o 3 semanas de edad, número de días a la alimentación completa, crecimiento e incidencia de complicaciones entre quienes tuvieron valoración rutinaria de residuo gástrico versus aquellos que no.

Diseño del estudio: Se aleatorizaron 61 recién nacidos prematuros a uno de los dos grupos. El Grupo 1 recibió valoración del RG antes de la alimentación y el Grupo 2 no.

Resultados: No hubo diferencia en la cantidad de alimentación a 2 (P= 0,66) o 3 (P= 0,41) semanas de edad, crecimiento, días con alimentación parenteral o complicaciones. Si bien no es estadísticamente significativo, los recién nacidos sin valoración del RG alcanzaron alimentaciones de 150 ml/kg/día, 6 días antes, y tuvieron 6 días menos de acceso venoso central.

Conclusión: Los resultados sugieren que la valoración de rutina del RG puede no mejorar los resultados nutricionales en recién nacidos prematuros.

Comentario

Como dice el estudio, desafiar la tradición de la evaluación rutinaria del residuo gástrico antes de la alimentación puede haber sido difícil sobre todo para enfermería.

Lamentablemente esta práctica como monitoreo clínico para los pacientes que tienen sondas gástricas, se basa en presunciones, no está muy fundamentada fisiológicamente y está poco estandarizada.

Si tomáramos varias enfermeras/os neonatales y los consultáramos sobre qué hacen con el residuo, encontraríamos una enorme variedad de respuestas que no nos permitirían saber qué es lo correcto.

Según otras publicaciones previas, no existe evidencia que sustente una correlación entre el vaciado gástrico, el volu-

men de contenido gástrico o cambios en la administración de alimentación enteral por sonda.

Como este artículo concluye que la valoración de rutina podría no mejorar los resultados nutricionales en el RNPT, es necesario poder analizar cuáles son los argumentos que eventualmente sostienen sin demasiado análisis esta estrategia como parte fundamental de la técnica de alimentación por Gavage.

1. Uso de la valoración del residuo gástrico para verificar la ubicación de la sonda

La posición correcta de la sonda gástrica es fundamental para prevenir complicaciones como aspiración, apnea, bradicardia, desaturación y trauma. La verificación por radiología es irrealizable por el daño al paciente de la radiación.

La valoración clínica permite determinar la posición de la SOG o SNG; sin embargo la presencia de contenido gástrico es poco confiable como indicador de la ubicación.

Enfermería sigue utilizándolo en parte con ese objetivo, sabiendo que la ausencia de residuo gástrico no determina mal posicionamiento, ya que puede deberse a posición corporal, tiempo de vaciado gástrico, volumen de la alimentación previa, y si la sonda está o no en contacto con el contenido del estómago. En los reportes se observa un 38% de aspirado negativo de contenido gástrico.

2. Uso del residuo gástrico como valoración del contenido del estómago

El volumen aspirado en muchos casos determina si se avanza o se suspende la alimentación; la decisión se basa en el volumen aspirado de RG, y este puede ser significativamente menor que el RG real, lo que es muy común en los prematuros.

El volumen de RG también está influenciado por la posición del RN, ya que según estudios, en los que se encuentran lateralizados hacia el lado izquierdo o en posición supina se aspira un contenido gástrico mucho mayor que en los que están en decúbito lateral derecho o prono. No es claro si esto puede deberse a que la posición tiene influencia sobre el vaciado gástrico o si tiene que ver con que los orificios de la sonda se posicionan mejor en el contenido gástrico.

^o Directora de la Revista Enfermería Neonatal, FUNDASAMIN. Correo electrónico: aquiroga@fundasamin.org.ar

El tamaño de la sonda también tiene influencia sobre el volumen del RG. Las sondas más gruesas aspiran 2 a 3 veces más volumen que las más pequeñas. También el volumen aspirado de RG está influenciado por el posicionamiento de la sonda, que los orificios estén dentro del contenido gástrico, la técnica de aspiración, la viscosidad y temperatura de la alimentación.

3. Medición del residuo gástrico como indicador de intolerancia alimentaria o enterocolitis necrotizante (ECN)

Si bien la definición de intolerancia varía, el término se asocia a la presencia de emesis, asas intestinales visibles, aumento de la circunferencia abdominal, distensión abdominal y presencia de RG anormal.

La utilización de RG como indicador de intolerancia o un signo precoz de ECN se basa en las siguientes asunciones:

1. El volumen aspirado es una medida precisa del contenido residual del estómago.
2. El volumen aspirado brinda información respecto del vaciado gástrico.
3. Un RG elevado indica un retardo en el tiempo de vaciado gástrico e intolerancia a la alimentación.
4. Escaso residuo gástrico indica que el estómago se está vaciando adecuadamente y el RN puede tolerar la alimentación.
5. El RG elevado puede indicar necrosis distal del intestino. Lamentablemente la validez de estas asunciones no ha podido ser demostrada con evidencia científica.

Todavía es poco claro si la presencia de mucho RG es un indicador confiable de intolerancia a la alimentación o de ECN, y la definición de cuándo nos debe preocupar el volumen del RG es desconocida. Además es muy incierto el momento en que el RG aumenta antes del diagnóstico de ECN y puede no hacer relevantes los otros signos de deterioro clínico.

Existen otros parámetros de valoración menos invasivos que pueden ser más útiles en la monitorización de la intolerancia a la alimentación y la ECN, como emesis, asas intestinales visibles, aumento del diámetro abdominal y distensión abdominal. Estos signos pueden dar información confiable para tomar decisiones clínicas y ser utilizados para determinar cuándo aspirar y evaluar el RG si fuese necesario.

Como muchas otras técnicas o terapéuticas instaladas sin evidencia suficiente, parecería razonable dejar de lado la evaluación rutinaria del RG y en cambio evaluar otros signos de intolerancia y medir el RG solo en presencia de otros signos clínicos. Algunos autores recomiendan mayor evaluación frente a presencia de signos con RG mayor al 50% de la alimentación previa.

Bibliografía

- Parker L, Torrazza RM, Li Y, Talaga E, Shuster J, Neu J. Aspiration and evaluation of gastric residuals in the neonatal intensive care unit: state of the science. *J Perinat Neonatal Nurs* 2015 Jan-Mar;29(1):51-9.

Sistemas de ventilación no invasiva de alto flujo en neonatología: revisión y aproximación a su utilización en hospitales de la comunidad de Madrid

Álvarez Fernández B, Rico Pajarea M, Ares Mateos G, Pérez Grande MC, Carabaño Aguado I
Acta Pediatr Esp 2014; 72(4): e124-e129.
 Comentado por: Esp. Guillermina Chattás^o

Resumen

El uso de sistemas de ventilación de alto flujo ha ido creciendo en el ámbito de la neonatología en los últimos años. Estos dispositivos difieren de los sistemas de ventilación de presión continua (CPAP), por ejemplo, en la necesidad de que exista una fuga pericánula variable, y no deben em-

plearse como sustitutos del CPAP. Es fundamental garantizar un adecuado calentamiento y humidificación del flujo para su correcta utilización. Sin embargo, a pesar de los numerosos estudios que intentan demostrar su eficacia y seguridad, y de la impresión subjetiva de ser un buen método de oxigenoterapia no invasiva, tanto en niños nacidos a término como en prematuros, aún desconocemos la presión espi-

^o Especialista en Enfermería Neonatal, Comité ejecutivo Revista de Enfermería Neonatal.
 Correo electrónico: gchattas@fundasamin.org.ar