

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº 01  
EMISSÃO: 08/09/2021  
REVISÃO: 01  
VALIDADE: 2 ANOS

SETOR:

TAREFA:  
Protocolo de  
Resíduo  
Gástrico

**OBJETIVOS:** Descrever as etapas do protocolo de resíduo gástrico em pacientes em terapia nutricional enteral. Sendo aplicado aos pacientes internados, com sonda enteral com prescrição médica de dieta enteral. A responsabilidade deste protocolo é dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como médicos e nutricionistas.

### SIGLAS E DEFINIÇÕES:

**SCIH** - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

**PEP** - Prontuário Eletrônico do Paciente;

**ABRANGENCIA:** SCIH, Atendimento Cirúrgico, Internação Clínica, Internação Cirúrgica, Atendimento em Emergência, Tratamento Intensivo Adulto, apartamentos, Ala Verde, Oncologia, Nutrição e Fisioterapia.

**CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:** O resíduo gástrico elevado é um importante fator a ser observado em pacientes com sonda nasogástrica, visto que, previne e sinaliza alterações como não aceitação da dieta infundida, diarreia, risco de broncoaspiração, mas posicionamento do dispositivo, oferta inadequada a nutrientes, entre outros;

### FATORES DE RISCO:

- Acamados;
- Idosos > 65 anos;
- Pacientes graves, nível de consciência rebaixado, desnutridos ou desidratados;
- Disfagia e/ou reflexo de tosse diminuído ou ausente, história prévia de disfagia orofaríngea, engasgo durante alimentação;
- Clientes com refluxo duodeno-gástrico e/ou gastroesofágico pelo uso de alguns medicamentos, tais como: sedativos, teofilina, dopamina, bloqueadores de cálcio, meperidina e anticolinérgicos, doença esofágica

e/ou diminuição do peristaltismo do tubo digestivo, náuseas, vômitos, tosse persistente e distensão abdominal;

- Aumento da pressão intracraniana;
- Clientes em uso de: cateteres de alimentação (gástrico e enteral, sondas ougastrostomia/jejunostomia), cânula traqueal e ventilação mecânica;
- Intoxicação exógena;
- Clientes submetidos a procedimentos anestésicos sem o devido jejum;
- Pacientes neurológicos, com doenças ou cirurgias em cabeça e pescoço;
- Escala GLASGOW  $\leq 12$ ;
- Uso de prótese dentária mal adaptada;
- Pneumonia de repetição;
- DPOC;
- VNI prolongada;
- PO de cirurgia abdominal de grande porte;

## **COMPETENCIAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

### **ENFERMEIRO:**

- Realizar a admissão e avaliação do paciente na unidade;
- Sinalizar paciente em risco de broncoaspiração para a equipe multidisciplinar no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), comunicar ao médico e nutricionista;
- Orientar e supervisionar a equipe quanto a adesão e realização da verificação do VRG conforme protocolo institucional.

### **MÉDICO**

- Formalizar na prescrição médica as medicações (se necessário) para manejo do Volume alto de Resíduo Gástrico. Bem como sinalização do risco de broncoaspiração.

### **NUTRICIONISTA:**

- Realizar a avaliação de risco nutricional;
- Ajustar volume e tipo de dieta, conforme necessidade dos pacientes, bem como ajustar frequência conforme suspensão da mesma.

### **TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**

- Realizar Higiene oral conforme prescrição de enfermagem;
- Checar e manter decúbito  $\geq 30^\circ$  a  $45^\circ$  e  $\geq 60^\circ$  para evitar broncoaspiração;

### **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR:**

- Receber a notificação da equipe multiprofissional na ocorrência de broncoaspiração para vigilância de provável Pneumonia Hospitalar e identificar casos de broncoaspiração durante a busca ativa.

#### Observações:

- Têm-se como meta o início da nutrição enteral nas primeiras 24-48 horas após a admissão, com adequação da meta nutricional nas próximas 48-72 horas. A intolerância gastrointestinal à dieta pode prejudicar a progressão da terapia nutricional e oferta adequada de nutrientes.
- A interrupção ou diminuição do volume da dieta leva a um maior déficit no balanço energético e piores prognósticos quanto ao tempo de internação na UTI e mortalidade. Estudos mostram que o VRG elevado é uma das maiores causas da pausa da dieta e 70% dessas interrupções pode ser evitada.
- Deve ser considerada a presença de resíduos fisiologicamente esperados, estimando que apenas a produção de saliva e secreção gástrica gerem cerca de 188 ml/h de volume em um adulto normalmente alimentado.
- Antes da suspensão da dieta enteral por alto VRG, é importante observar alguns aspectos que podem propiciar a intolerância ou refluxo, como: tempo de infusão/gotejamento da dieta, elevação da decúbito menor 30º a 45º, procedimentos realizados no momento da intolerância (banho, aspiração, fisioterapia), uso de medicamentos que diminuem a motilidade gastrointestinal (drogas vasoativas elevadas) e que causam náusea, e ausência de procinéticos.

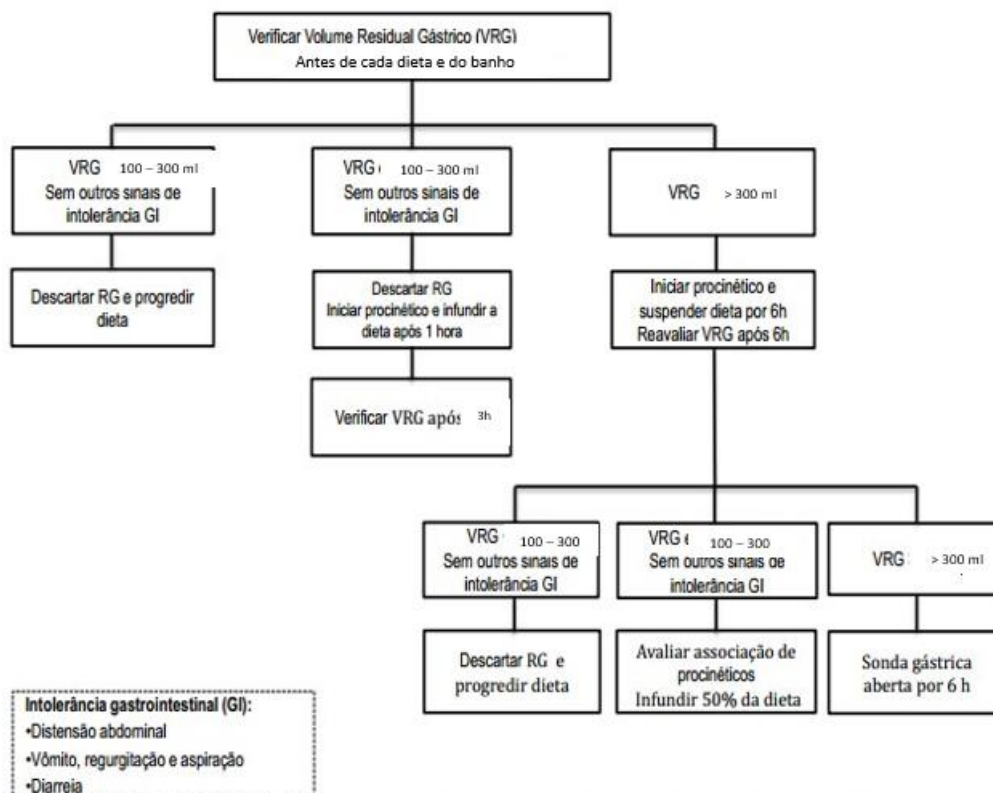
### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

1. Higienize as mãos;
2. Verifique o volume de resíduo gástrico antes de cada infusão de dieta e antes do banho.
3. Aspire com uma seringa o volume de resíduo gástrico (VRG) da sonda nasogastrica;
4. Descarte o resíduo aspirado;
5. Anote o débito;
6. Avalie se o paciente apresenta algum sinal de intolerância gastrointestinal: vômito, regurgitação, distensão abdominal ou diarreia persistente; se presente comunique ao médico;
7. Caso o VRG seja entre 100ml e 300ml sem outros sinais de intolerância gastrointestinal, comunique ao médico, e continue a infundir as dietas normalmente;
8. Reavalie o volume residual conforme protocolo, antes da próxima dieta;
9. Caso o VRG ainda esteja entre 100 - 300ml com sinais de intolerância intestinal, Administre, conforme prescrição médica, um agente procinético e um antiemético (Ex: Plamet e/ou Digesan, Nauseidron).
10. Aguarde 60 min e infunda 50% da dieta conforme ajuste com nutricionista;
11. Verificar VRG após 3h;
12. Caso o volume residual seja maior que 300ml, comunique ao médico, suspenda a dieta por 6 horas, considere abrir sonda nasogastrica.
13. Administre as medicações descritas acima (item 8);
14. Anote o procedimento realizado e o VRG.

Elaborado por: Nayanne Ingrid Farias Mota Guerra CCIH/ Núcleo de Segurança do Paciente	Revisado por: Giulianna Carla Marçal Lourenço Coordenadora de Enfermagem	Reconhecido por: Maria Helena Alves C de Oliveira Coordenadora de enfermagem Sônia da Silva Delgado Diretora Assistencial
	Data: 01/06/2023	Data: 01/06/2023

## ANEXO

### Controle do Resíduo Gástrico



\*\* Considerar apenas o volume de resíduo gástrico, independente do volume de dieta infundido.