

FINALIDADE:

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

JUSTIFICATIVA:

Prevenir vômitos após uma cirurgia, aliviar uma distensão gástrica, avaliação no tratamento de sangramento do trato gastrintestinal; coleta de conteúdo gástrico para análise; administração de medicamentos; aspiração de secreção gástrica; realizar lavagem gástrica; e via para alimentação.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

É a introdução de uma sonda/cateter maleável através do nariz ou da boca até o estômago/duodeno.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

- Enfermeiro

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Bandeja;
- Biombo;
- Cuba rim;
- Esparadrapo hipoalergênico;
- Estetoscópio;
- Gaze;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Luva de procedimento;
- Seringa 20ml;
- Sonda nasogástrica;
- Toalha, lenço de papel.

PROCEDIMENTO:

Profissional	Descrição
ENFERMEIRO	<p>Avaliar as narinas verificando algum fator que contraindique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção). Se não permeável, optar pela passagem pela cavidade oral.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material na bandeja; 2. Explicar ao paciente o procedimento; 3. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir; 4. Colocar o paciente em posição sentada ou semi sentado; 5. Remover dentaduras se necessário; 6. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente; 7. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis; 8. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifoide e

- marcando-a neste local;
9. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geleia;
 10. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo;
 11. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás;
 12. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição;
 13. Introduzir até a marcação realizada anteriormente;
 14. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico;
 15. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente;
 16. Instalar conexão se sonda aberta ou manter fechada se for o caso;
 17. Retirar as luvas;
 18. Higienizar as mãos;
 19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
 20. Desprezar/guardar material utilizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. LAZARI, Taciane Ávila et al. Importância da educação nutricional na infância. Londrina, 2012.
2. LOPEZ, CP; SILVA R.G.S. Métodos de alimentação alternativos para recém-nascidos prematuros. Rev Paul Pediatr. 30(2):278-82, 2012 TAMEZ, Raquel. Enfermagem na UTI Neonatal. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2014.
3. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2015. p.131.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

20/02/2024 - Atualizado e revisado