



Coletânea de **Estudos de caso**

Assistência de enfermagem ao
paciente em pós-operatório de
cirurgia bariátrica



QUIDARTECH



Coletânea de Estudos de Caso: assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica

Autores: Elisangela Ribeiro Chaves, Maria Edla de Oliveira Bringunte, Cândida Caniçali Primo, Lorena Barros Furieri, Andressa Bolsoni Lopes, Marcos Antonio Gomes Brandão, Eliane de Fátima Almeida Lima.

Tipo da produção: Material didático.

Como citar: CHAVES, E.R. et al. Coletânea de Estudos de Caso: assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica. Vitória: UFES, 2020. Disponível em: <http://www.cuidartech.com.br>

Propriedade intelectual: Todo o conteúdo está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY-NC. Os materiais podem ser solicitados para uso em outras instituições resguardando os direitos autorais. Entre em contato conosco.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Este material é parte da dissertação de mestrado de CHAVES, Elisangela Ribeiro. Processo de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica: elaboração de material instrucional. Dissertação [mestrado]. Mestrado Profissional em Enfermagem. Vitória, Universidade Federal do Espírito Santo. 2020.

O estudo de caso consiste em um recurso metodológico para estudar fenômenos em seu contexto real, permitindo, através de fontes de evidências, reflexão e busca de alternativas para a solução de problemas (GAUTÉRIO-ABREU et al., 2016). Através da resolução de estudos de caso, os enfermeiros praticam a realização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, permitindo aplicar os conhecimentos

relevantes para prática de enfermagem. Esse método estimula a reflexão através da análise de situações-problema, possibilitando o desenvolvimento do pensamento crítico e permitindo a articulação dos conceitos com a prática clínica que é essencial para nortear os cuidados (LUNNEY, 2008). A utilização de estudos de caso permite que os enfermeiros se identifiquem com situações clínicas de diferentes graus de complexidade, sendo uma ferramenta de baixo custo utilizada para o aprimoramento do raciocínio diagnóstico (LUNNEY, 2004).

Foram organizados 10 estudos de casos com base na coleta de dados (histórico de enfermagem e exame físico) realizados nos 10 pacientes da Unidade de Cirurgia Geral.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 1

E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES, em casa própria. Nega alergias. Internada para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório de obesidade, emagreceu 13 kg, peso atual 102,300 kg e altura 1,51 m. Hipertensa, diabética, refere artrite, artrose e hérnia de disco, faz uso diário de losartana, anlodipino, furosemida, sinvastatina, amitriptilina, clonazepam, omeprazol, sany D (colecalfiferol), insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Relata não ter nenhum tipo de vício. Mãe com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Relata que já realizou histerectomia parcial há 17 anos, 1 cirurgia renal (não soube especificar), 2 cirurgias abdominais (não soube especificar), 1 cirurgia em joelho direito para reparar tendão e 1 cirurgia em joelho esquerdo para reparação de tendão. No domicílio come de tudo, faz 4 refeições por dia, ingere cerca de 1 litro de água por dia, tem dificuldades para evacuar e em muitas ocasiões toma medicamento laxativo. Relata que não pratica atividade física devido a dores constantes que sente nos joelhos e nas costas, deambula com o auxílio de muleta. Em casa só dorme bem quando faz uso de medicamentos. Atualmente, tem como lazer visitar os parentes.

Ao exame físico: Proveniente do centro cirúrgico. Apresenta-se sonolenta, lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã e à noite; relata ter passado bem a noite, pois faz uso de medicações para dormir. Expansão pulmonar simétrica, em uso de cateter nasal em 1L/min de O₂, FR: 18 incursões por minuto, saturando 99%, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, sem ruídos adventícios, nega tosse. Pulso periférico regular e rítmico, FC: 98 bpm, PA:148x87 mmHg. À ausculta cardíaca bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax: 36,4 °C. Hiperglicêmica 224 mg/dl. Diurese por sonda vesical de demora débito de 300ml em 3 horas. Abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, dor difusa à palpação superficial, presença de ferida operatória em região abdominal com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido à curativo oclusivo. Evacuação ausente há 01 dia. Em dieta oral zero no momento. Mobiliza-se com dificuldade no leito devido ao pós-operatório imediato, a pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de náuseas, dor em local de incisão cirúrgica e nas costas. Medicações prescritas: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, soro ringer simples frasco 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas com ipratrópio brometo solução 20 gotas e 5 ml de SF a 0,9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 1:

E E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES. Hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, e diabética em uso de insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Nega alergias. Obesidade

grau III (IMC: 44,86), peso atual 102,300kg e altura 1,51m. Realizou gastroplastia com derivação intestinal. No dia seguinte à cirurgia a paciente apresentava ingestão alimentar restrita a líquidos em pequena quantidade, variações na glicemia capilar, alteração no estado mental demonstrando-se ansiosa sobre seu estado de saúde, desconforto respiratório aos esforços referido por fadiga, frequência respiratória de 30 respirações por minuto e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Pulsos periféricos diminuídos e relato de dormência em mãos. Refere não conseguir sair do leito para realizar banho, devido a fraqueza no corpo.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 2

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Bahia, aposentada, frequenta a Igreja Católica, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Encaminhada pelo serviço ambulatorial para realização de gastroplastia com gastroenteroanastomose. Realizou cirurgia para colocação de prótese no joelho há 10 anos e colecistectomia há 14 anos. Faz acompanhamento no ambulatório há cerca de 01 ano, durante esse período não conseguiu emagrecer. Relata que sente dor na coluna diariamente. Hipertensa, asmática, diabética, artrose em MIE. Faz uso diário de losartana potássica 2 comprimidos de 50 mg a cada 12 horas, 2 comprimidos de anlodipino de 5 mg a cada 12 horas, 1 comprimido de furosemida, 1 comprimido de metformina antes do café da manhã, almoço e jantar, 1 comprimido de glibenclamida após café da manhã, almoço e jantar, 1 comprimido de clonazepam a noite, 3 comprimidos de 25 mg de amitriptilina a noite, 14 unidades de insulina NPH à noite, omeprazol em jejum, quando dor forte em coluna utiliza tramal. Ex-tabagista, parou de fumar há cerca de 1 mês, ex-etilista, parou de beber há 1 ano. Irmã com histórico de diabetes mellitus. Relata não gostar de praticar atividades físicas e que leva uma vida sedentária. Ingere bastante água, porém não quantifica. Relacionado a alimentação, refere preferir ingerir pães, biscoitos, macarrão, arroz, faz duas refeições: almoço e janta. Dorme bem em casa. Informa baixa autoestima devido ao excesso de peso, como lazer assiste televisão. Já fez tratamento para depressão. Refere ter realizado 1 exame citopatológico do

colo do útero durante a vida e uma mamografia. Proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, admitida na clínica cirúrgica masculina.

Ao exame físico: Proveniente da Unidade de Terapia Intensiva, admitida na clínica cirúrgica masculina pela manhã. Paciente em obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Apresenta-se lúcida, acordada, orientada, tranquila, comunicativa e colaborativa. Mostra-se alegre. Acuidade visual diminuída, faz uso de óculos, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã e à noite; relata ter passado bem a noite, aparentemente descansada. Expansão pulmonar simétrica, respirando espontaneamente, FR: 20 incursões por minuto; ausculta pulmonar com discretos sibilos em bases; pulso periférico regular e rítmico FC:96bpm, PA:125/85 mmHg, normotensa; afebril Tax:36,8 °C. Abdome globoso, ruídos hidroaéreos hipoativos, flácido. À palpação apresenta dor difusa, presença de ferida operatória em região supra umbilical, ausência de sinais flogísticos, evacuação ausente há 3 dias. Alimenta-se por via oral, dieta bariátrica 2º dia com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos. Eliminação vesical espontânea em média quantidade de coloração amarelo citrino. Boa mobilidade no leito, deambula com auxílio de muleta. Pele apresenta-se hidratada, turgor e elasticidade preservados, presença de edema em MMII 1+/4+. Boa higiene corporal e oral, unhas bem higienizadas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo do dia 05/12/2018 ausência de sinais flogísticos. Medicamentos prescritos: omeprazol frasco de 40 mg de 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml 12/12 horas, enoxaparina seringa de 0,4 ml 40 mg 1 vez ao dia, clonazepam comprimido 2 mg 1 comprimido à noite, nebulização com 5 gotas de fenoterol e ipratrópio solução inalante 30 gotas em 5 ml de soro fisiológico 0,9%.

Estudo de caso 2:

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, aposentada, católica, sedentária, natural da Bahia, ensino fundamental incompleto, reside

atualmente em Viana, ES. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Em 2º dia de pós-operatório de gastroplastia com gastroenteroanastomose, apresentando ferida operatória em região supra umbilical, refere dor à palpação abdominal superficial, aplicado escala de intensidade da dor de 0 a 10, com resposta 9, apresenta comportamento expressivo, expressão facial de dor, deambula com auxílio de muletas devido a artrose em membro inferior esquerdo (MIE), observada alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular do MIE.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 3

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, casada, natural de Linhares, trabalha com vendas, ensino médio completo, frequenta Igreja Católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Nega alergias. Internada para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório há 3 anos, durante esse período emagreceu 2 kg. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Portadora de HAS, artrose e labirintite, faz uso diário de losartana, hidroclorotiazida, labirin e medicamentos para dor esporadicamente. Relata não ter vício. Mãe com histórico de cardiopatia. Informa que já realizou 3 cesarianas, sendo a última há 23 anos. No domicílio come de tudo e faz refeições com intervalos de 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, evacuações regulares todos os dias. Pratica caminhada. Em casa dorme bem, atualmente tem como lazer ir à igreja. Realizou o último exame citopatológico do colo do útero há dois anos e a última mamografia há três anos, nega qualquer sintoma relacionado à menopausa.

Ao exame físico: Proveniente do Centro Cirúrgico. Paciente apresenta-se acordada, lúcida, orientada e respostas claras e coerentes. Acuidade visual diminuída, faz uso de óculos, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas. Acuidade auditiva preservada; Dentição completa, higiene oral adequada. Relata ter passado bem a noite. Expansão pulmonar simétrica, FR: 17 incursões por minuto, saturando 94%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios,

nega tosse. Pulso periférico regular e rítmico FC:89 bpm, PA:110 x 62 mmHg, normotensa. Ausculta cardíaca, bulhas normofonéticas em 2T, sem sopros. Afebril Tax:36,1 °C; hiperglicêmica 159 mg/dl. Diurese por SVD débito de 500ml em 6 horas. Abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, dor difusa à palpação superficial, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido à curativo oclusivo. Evacuação ausente há 01 dia, em dieta oral zero no momento. Mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao pós-operatório imediato. Pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de dor em local de incisão cirúrgica e nas costas. Medicações: Bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 8/8 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, nalbufina ampola 1 ml 10mg/ml 6/6 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, ondansetrona ampola 4 ml 2 mg/ml 8/8 horas, soro ringer simples frasco 500 ml de 4/4 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, cloreto de sódio 20% ampola de 10 ml + cloreto de potássio 10% ampola 10 ml + soro glicosado 5% 500ml.

Estudo de caso 3:

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, natural de Linhares, vendedora, ensino médio completo, católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Refere hipertensão, artrose e labirintite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, encontra-se em repouso no leito. Às 22h refere dor abdominal, náusea, sensação de ânsia de vômito, aumento da salivação e sabor amargo na boca. Na avaliação pelo enfermeiro constatou distensão abdominal com som timpânico à percussão e ausência de eliminação de flatos.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 4

D.A.S, sexo masculino, acompanhado pela esposa e pelo pai, internado na Unidade de Cirurgia Geral, 33 anos, cor branca, casado, possui duas filhas, evangélico, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, profissão motorista, desempregado no momento, estudou até o primeiro ano do ensino médio. Queixa dificuldade em realizar movimentos dos MMII e MMSS. Refere que há 4 anos foi submetido a apendicectomia e permaneceu internado na UTI por 3 dias devido a infecção decorrente do apêndice supurado. Desde então, relata ganho de peso ponderal, quadro de hipertensão arterial sistêmica e com dor de forte intensidade nos joelhos, fazendo uso contínuo de medicamentos, como tramadol. Faz uso de antihipertensivo e diurético. Consequentemente, não retornou ao trabalho de motorista de ônibus, devido à contraindicação médica. Paciente com peso inicial de 200,4 kg e IMC=68,53, iniciou há um ano acompanhamento no serviço de atendimento para obesidade mórbida do HUCAM. Implantado balão intragástrico, o qual permaneceu por seis meses. Refere que, no início do procedimento com o balão, a dieta era restrita e depois já se alimentava normalmente. Na internação atual submetido à gastrectomia vertical videolaparoscópica. Peso pré-cirúrgico de 149,2 kg e IMC=51,02 (obesidade grau III). Durante a cirurgia, apresentou parada cardiorrespiratória, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na UTI, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Realizou Ecodoppler venoso de membros inferiores com presença de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo. Aguardando eletroneuromiografia para verificar o grau de comprometimento do sistema nervoso periférico. Refere ser hipertenso. Mãe hipertensa, diabética e cardiopata (já submetida a um cateterismo cardíaco e angioplastia). Nega história familiar de câncer gástrico. Ex-tabagista (15 maços/ano, cessou há 5 anos). Etilismo social. Informa alergia a Dipirona.

Ao exame físico: às 17:10h acordado, orientado, lúcido. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Acuidade visual e auditiva preservadas. Glasgow 15. Expressão facial de dor durante o exame. Paresia dos MMII e MSD. Reflexo hipoativo em MSD. Hiperestesia na mão direita e em região plantar D.

Ventilação espontânea, eupneico (FR=20 irpm), expansibilidade simétrica do tórax, tosse ausente, respiração ofegante durante a conversa por tempo prolongado. Murmúrios vesiculares fisiológicos diminuídos à direita, sem ruídos adventícios. Pele hidratada (4+/4+). Turgor e elasticidade diminuídos. Edema em MMSS 2+/4+ e em MMII 3+/4+. Mucosas hipocoradas (2+/4+) e hidratadas. Lesão renal aguda dialítica revertida. Refere que sua alimentação não era feita de forma saudável. Dieta oral líquida com suplemento hiperproteico (dieta da 4ª semana da bariátrica). Relata boa aceitação da dieta, sentindo náuseas apenas quando se alimenta em excesso ou rapidamente. Nega vômitos. Relata eliminações intestinais ausentes há 4 dias. Abdome globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos hipoativos e indolor à palpação superficial e profunda, não identificado massas ou visceromegalias. Micção espontânea, com débito urinário de 1500 ml nas últimas 12 horas. Urina concentrada, de coloração turva, conforme visualizado no frasco de coleta 24h. Relata sono e repouso preservado. Uso de clonazepam para dormir. Realiza atividades com acompanhamento do fisioterapeuta. Não deambula, desde a parada cardiorrespiratória apresenta diminuição da movimentação e força do MSD e MID, referindo muita dor e queimação em MID. Genitália sem anormalidades. Relata não ter hábito de banho diário. Apresenta dependência de grau parcial no autocuidado para o banho, ir ao banheiro e movimentação. Encaminhado para a higiene corporal em cadeira de banho. Higiene oral sem auxílio. Classificado como alta dependência (26 pontos) segundo a escala de Fugulin. Pele prejudicada, aquecida, sudoreica. Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, de aproximadamente 14 cm de diâmetro, 7 cm de profundidade em borda descolada, presença de túnel, tecido desvitalizado no leito e secreção purulenta, com odor. Realizada limpeza com soro fisiológico em jato, utilizadas como cobertura primária duas placas de alginato de cálcio no túnel e no leito duas placas de hidrofibra, como cobertura secundária e 4 compressas cirúrgicas, aplicado protetor spray em bordas e oclusão com filme transparente. Regulação vascular: PA=140/90mmHg, FC=69 bpm, ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas em 2 tempos. Extremidades quentes. Pulso radial regular, cheio, simétrico. Turgência jugular ausente. AVP na fossa cubital do MSE. Presença de flebite na fossa cubital do MSD.

Relata dor em queimação em MID. Informa estar confiante sobre sua recuperação e espera retornar às atividades diárias de forma melhor do que antes da cirurgia.

Estudo de caso 4:

D.A.S, sexo masculino, 33 anos, cor branca, casado, evangélico, profissão motorista, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, ensino médio incompleto. Obesidade grau III (IMC: 50,30), peso atual 124,00 kg, altura 1.57 m. Em pós-operatório de gastrectomia vertical videolaparoscópica, apresentou parada cardiorrespiratória no intraoperatório, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de internação na Unidade de Terapia Intensiva, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Durante o exame físico, a enfermeira observou fraqueza e dor intensa ao realizar movimento no membro inferior direito (MID) e paresia em membros inferiores (MMII). Apresenta dependência para o autocuidado, necessita de auxílio para banho em cadeira, higiene oral e alimentação, alta dependência de cuidados pela classificação Fugulin (pontuação 26). Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, realizado desbridamento cirúrgico no leito da lesão, mantendo curativo primário de alginato de cálcio com prata.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 5

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES, em casa própria, frequenta a Igreja Católica. Nega alergias. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Internado para realização de gastroplastia videolaparoscópica. Faz acompanhamento no ambulatório há cerca de 01 ano, durante esse período emagreceu 24 kg, peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m (IMC: 50), obesidade grau III. Portador de HAS, apneia e hérnia de disco, gastrite crônica moderada, faz uso diário de losartana, atenolol, hidroclorotiazida, omeprazol e passiflora. Mãe com histórico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 e pai cardiopata. Relata que já ficou

internado por 20 dias devido a um AVC hemorrágico cerebelar de tronco há 12 anos e teve sequela motora (déficit de equilíbrio e impotência). No domicílio come de tudo, faz 6 refeições por dia, ingere cerca de 2,5 litros de água por dia, evacua regularmente todos os dias, pratica natação 02 vezes por semana, tem dores diariamente nas costas e nas articulações. Refere dormir bem e tem como lazer ir em bares e viajar.

Ao exame físico: às 15:30 horas, pós-operatório tardio. Apresenta-se acordado, lúcido, orientado, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, boa higiene oral; relata ter passado bem a noite; expansão pulmonar simétrica, FR: 20 incursões por minuto, saturando 97%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:68bpm, PA:121 x 61 mmHg, níveis pressóricos dentro dos padrões da normalidade; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:35,9 °C; normoglicêmico 96 mg/dl; diurese espontânea, 2117 ml em 24 horas de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos ativos, timpânico, indolor a palpação superficial, ausência de massas à palpação, presença de pontos videolaparoscópicos em região abdominal, evacuação ausente há 05 dias, em dieta bariátrica 2º dia, apresenta náuseas e vômitos; mobiliza todos os segmentos corporais, pele apresenta-se hidratada, normocoradas, turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. Presença de abscesso em regressão na região axilar esquerda. No momento da avaliação não relatou nenhuma queixa. Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 1x ao dia, soro ringer simples 500 ml de 12/12 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, dimeticona emulsão oral 40 gotas de 6/6 horas, losartana comprimido 50 mg 1x ao dia, atenolol comprimido 50 mg 1x ao dia.

Estudo de caso 5:

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES, em casa própria, católico. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 50), peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Há 12 anos teve um acidente vascular encefálico hemorrágico. Realizada cirurgia de gastroplastia videolaparoscópica. À avaliação pelo enfermeiro o paciente encontra-se em dieta zero, refere ânsia de vômitos, apresentou 01 episódio de vômito de aspecto bilioso nas últimas 6 horas e salivação aumentada. Ao levantar-se do leito, observado equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 6

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Vila Pavão, ES, desempregada, ensino médio incompleto, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Internada, paciente vindo encaminhado da casa 3 para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório desde de agosto de 2017, durante esse período engordou 2 kg, peso atual de 121 kg, altura 1.56 m, obesidade grau III (IMC: 49,72). Portadora de asma. No domicílio faz uso de prednisona e aerolin. Mãe com histórico de diabetes mellitus tipo 2. Relata que já realizou histerectomia parcial há 10 anos, 2 cesarianas e ligadura tubária há 12 anos. No domicílio come de tudo, se alimenta de 3 em 3 horas, ingere cerca de 1 litro de água por dia, tem dificuldades em evacuar e em muitas ocasiões toma medicamento (lactopurga). Relata que não pratica atividade física. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é visitar os parentes.

Ao exame físico: às 17:10h. Paciente apresenta-se sonolenta, lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata não ter dormido muito bem devido à internação, FR: 18 incursões por minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares diminuídos em

bases, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:97bpm, PA:160x87 mmHg, hipertensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36,4 °C; diurese por sonda vesical de demora débito de 100 ml em 2 horas de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, indolor à palpação superficial e profunda, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 12 cm, não visualizada devido à curativo; evacuação ausente há 01 dia, em dieta oral zero no momento; mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao POI, pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+) turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edema. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação queixou-se de náuseas. Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 6:

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio incompleto, natural da Vila Pavão, ES, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias a medicamentos, afirma ser asmática em uso de broncodilatador. Obesidade grau III (IMC: 49,72), peso atual 121,00 kg, altura 1.56 m. Em pós-operatório de gastroplastia com derivação intestinal, mantendo repouso no leito. Na avaliação do enfermeiro observado à ausculta pulmonar, diminuição de murmúrios vesiculares em base e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória, dispneia, refere fadiga. Em imagem de raio-x de tórax observada diminuição da expansibilidade pulmonar.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 7

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, trabalha com transporte escolar, ensino médio completo, reside atualmente em Serra, ES, com a mãe em casa própria, frequenta a Igreja Católica. Alérgica a diclofenaco. Nega tabagismo e etilismo. Internada, paciente vindo encaminhado do ambulatório para realização de gastroplastia com derivação intestinal. Faz acompanhamento no ambulatório há 02 anos, durante esse período emagreceu 4 kg, peso atual de 135,400 kg, altura 1.58 m, obesidade grau III (IMC: 54,23). Portadora HAS e hipotireoidismo. No domicílio faz uso de losartana, anticoncepcional oral e levotiroxina. Mãe com histórico de HAS. No domicílio come de tudo, faz 4 refeições por dia, ingere carboidratos em excesso, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Não pratica atividades físicas. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é ir em bares com as amigas e ir ao cinema.

Ao exame físico: às 14:10h. Paciente em POI, apresenta-se lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido muito bem na noite anterior. FR: 16 incursões por minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:88 bpm, PA:130 x 80 mmHg, normotensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36,7 °C; diurese espontânea, volume moderado de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação em região de hipocôndrio direito, presença de ferida operatória em região medial do abdome com aproximadamente 11cm, limpa e seca; evacuação ausente há 02 dias em dieta líquida restrita no momento com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos; mobiliza-se com dificuldades no leito devido ao pós-operatório e ao peso, pele apresenta-se hidratada, normocorada, turgor e elasticidade compatíveis com a idade, presença de edema em MMII 1+/4+. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo do dia 26/12/18, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9 de 4/4 horas.

Estudo de caso 7:

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, auxiliar em transporte escolar, católica, ensino médio completo. Alérgica a diclofenaco. Obesidade grau III (IMC: 54,23), peso atual 135,400 kg, altura 1.58 m. Realizada a cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Refere ser hipertensa e ter hipotireoidismo. Admitida na clínica cirúrgica em pós-operatório imediato. Lúcida, orientada, hipocorada, apresenta-se taquipneica 25 ipm, hipotensa 80x50 mmHg, taquicárdica 130 bpm, acesso venoso periférico em MSE, turgor diminuído. Diurese em baixo débito em sonda vesical de demora. Queixa dor intensa em abdome, escala de dor 9, região de ferida operatória com aproximadamente 11 cm, mantendo curativo limpo. Em dieta oral zero, refere sede.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 8

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Vitória, ES, trabalha como professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, frequenta a Igreja Assembleia de Deus. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Internada, paciente vindo encaminhado do ambulatório para realização de bypass com y de roux - videolaparoscópica. Faz acompanhamento no ambulatório desde de abril de 2017, durante esse período emagreceu 6,700 kg, peso atual de 146,300 kg, altura 1,61 m, obesidade grau III (IMC: 56,44). Pré-diabética, no domicílio faz uso de metformina 850 mg 2 x ao dia. Mãe com histórico de HAS e pai com

histórico de DM. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física devido a dores em articulações do quadril, joelhos e pés. Em casa dorme bem. E que atualmente seu lazer é sair com as amigas, ir ao cinema e viajar.

Ao exame físico: às 14:00 paciente em POI, apresenta-se lúcida, orientada em relação ao tempo e espaço, com respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares hipocoradas 1+/4+; acuidade auditiva preservada; Dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido bem na noite anterior FR: 19 incursões por minuto; saturando 97%, murmúrios vesiculares reduzidos em bases, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:92bpm, PA:120x60 mmHg, normotensa; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:37 °C; diurese espontânea, volume moderado de coloração amarelo citrino; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação profunda em região de hipocôndrio direito, presença de pontos videolaparoscópicos limpos e secos, evacuação ausente há 03 dias em dieta líquida restrita no momento com boa aceitação da mesma, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9% de 4/4 horas.

Estudo de caso 8:

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, evangélica. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Obesidade grau III (IMC: 56,44), peso atual 146,300 kg, altura 1.61 m. Realizou cirurgia de bypass com y de roux – videolaparoscópica. No período noturno do pós-operatório imediato a paciente relata transtorno de ansiedade e fazer uso de medicação em domicílio. Dispneica, mantendo oxigenioterapia em cateter nasal 4L/min., ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, batimento de asa de nariz, em uso da musculatura acessória.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 9

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, trabalha como caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, ES, frequenta a Igreja Católica. Nega alergias. Nega tabagismo e etilismo. Relata uma cirurgia anterior devido a fratura no braço esquerdo. Internado, paciente vindo encaminhado do ambulatório para realização de gastroplastia. Faz acompanhamento no ambulatório desde de maio de 2017, durante esse período engordou 10 kg, peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m, obesidade grau III (IMC: 50,78). Pré-diabético, hipertenso, no domicílio faz uso de metformina, ramipril e anlodipino. Mãe com histórico de HAS e pai com histórico de infarto. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 2 litros de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física devido às articulações do quadril, joelhos e pés e na coluna. Em casa não dorme bem e relata ter apneia do sono. E que atualmente seu lazer é pescar com os amigos.

Ao exame físico: às 13:00h. Paciente em POI, apresenta-se lúcido, orientado, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares hipocoradas 1+/4+; acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido bem na noite anterior. FR: 19 incursões por

minuto; saturando 98%, murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios, nega tosse; pulso periférico regular e rítmico FC:94 bpm, PA:120 x 80 mmHg, normotenso; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36 °C; diurese em sonda vesical de demora, volume moderado de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação profunda em região de hipocôndrio direito, presença de ferida operatória em região mesogástrica do abdome de aproximadamente 12 cm, pontos limpos e secos, evacuação ausente há 04 dias, em dieta zero no momento, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Medicações: bromoprida ampola 2 ml 5mg/ml de 8/8 horas, cetoprofeno ampola 100 mg 12/12 horas, dipirona ampola 2 ml 500 mg 4/4 horas, morfina ampola 1ml 10mg/ml 4/4 horas, omeprazol frasco 40 mg 12/12 horas, soro ringer simples 500 ml de 4/4 horas, tramadol ampola 2ml 50mg/ml 8/8 horas, enoxaparina seringa 0,6 ml 60 mg 1x ao dia, cefazolina frasco de 1g 6/6 horas, fenoterol bromidrato 5 gotas + ipratrópio brometo solução 20 gotas + 5 ml de SF a 0,9% de 4/4 horas.

Estudo de caso 9:

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, profissão caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, católico. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Pré-diabético e hipertenso. Obesidade grau III (IMC: 50,78), peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m. Realizou gastroplastia. No 2º dia de pós-operatório durante a avaliação diária pelo enfermeiro na enfermaria de cirurgia geral, foram observadas em membros inferiores veias varicosas, mobilidade prejudicada e queixa de dor à palpação em panturrilha direita, referiu história de pai ter tido trombose venosa profunda (TVP), considerando o pós-operatório de cirurgia

importante e tempo total de anestesia maior que 90 minutos, o enfermeiro ficou alerta e fez orientações prioritárias.

Histórico de enfermagem e Exame físico – Paciente 10

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES, frequenta a Igreja Católica. Nega alergias. Ex-etilista, cessou o uso há pouco tempo, nega tabagismo. Nega cirurgias anteriores. Internada, paciente vindo encaminhada do ambulatório para realização de gastroplastia. Faz acompanhamento no ambulatório há 3 anos, durante esse período emagreceu 6 kg, peso atual de 104 kg, altura 1.56 m, obesidade grau III (IMC: 42,73). Hipertensa, no domicílio faz uso de anlodipino, losartana, furosemida e aldactone. Mãe com histórico de HAS, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. No domicílio come de tudo, faz refeições de 3 em 3 horas, ingere cerca de 1 litro de água por dia, eliminações vesicais e intestinais regulares. Relata que não pratica atividade física, devido a dor em articulações do quadril, joelhos e pés. Em casa não dorme bem e relata acordar de 3 a 4 vezes por noite. Como lazer vai à igreja e sai com as amigas.

Ao exame físico: às 12:00h. Paciente em 3º PO, apresenta-se lúcida, orientada, respostas claras e coerentes. Acuidade visual preservada, abertura ocular espontânea, pupilas fotorreagentes, mucosas oculares normocoradas, acuidade auditiva preservada; dentição completa, higiene oral realizada pela manhã; relata ter dormido bem na noite anterior. FR: 19 incursões por minuto; 89% de saturação, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, com ruídos adventícios. Relata tosse produtiva e dispneia a grandes esforços; pulso periférico regular e rítmico FC:94 bpm, PA:124 x 80 mmHg, normotenso; ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2t, sem sopros. Afebril Tax:36 °C; diurese espontânea com baixo volume de coloração amarelo ouro; abdome cirúrgico, globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hipoativos, timpânico, dor à palpação superficial em região mesogástrica, presença de ferida operatória em região mesogástrica do abdome de aproximadamente 12 cm, pontos limpos e secos, evacuação ausente há 05

dias, nega náuseas e vômitos; boa mobilidade no leito; pele apresenta-se hidratada, hipocorada (1+/4+), turgor e elasticidade compatíveis com a idade, sem edemas. Punção venosa periférica em membro superior esquerdo, ausência de sinais flogísticos. No momento da avaliação sem queixas.

Estudo de caso 10:

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES. Afirma ser hipertensa. Mãe com histórico de hipertensão arterial, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. Obesidade grau III (IMC: 42,73), peso atual de 104 kg, altura 1.56 m. No 3º dia de pós-operatório de gastroplastia, às 17 horas, na enfermaria de cirurgia geral, a enfermeira foi chamada ao quarto 227, durante a avaliação a paciente apresentava comportamento de ansiedade e inquietação, taquicardia, distensão da veia jugular, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, 80% de saturação em oximetria de pulso, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, tempo de preenchimento capilar prolongado. Presença de ferida operatória em região mesogástrica medindo aproximadamente 12 cm, mantendo curativo limpo.

ESTUDOS DE CASO SEGUIDOS DO PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

CASO 1:

E.F.S.S, 54 anos, sexo feminino, parda, casada, natural da Bahia, dona de casa, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Linhares, ES. Hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, e diabética em uso de insulina NPH 60 unidades pela manhã e 50 unidades à noite. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 44,86), peso atual 102,300 kg e altura 1,51 m. Realizou gastroplastia com derivação intestinal. No dia seguinte à cirurgia a paciente apresentava ingestão alimentar restrita a líquidos em pequena quantidade, variações na glicemia capilar, alteração no estado mental, demonstrando-se ansiosa sobre seu estado de saúde, desconforto respiratório aos esforços referido por fadiga, frequência respiratória de 30 respirações por minuto e tempo de enchimento capilar > 3 segundos. Pulsos periféricos diminuídos e relato de dormência em mãos. Refere não conseguir sair do leito para realizar banho, devido a fraqueza no corpo.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Desconforto respiratório ao esforço, fadiga, taquipneia,	Atividade física e exercício.	Domínio: Atividade/repouo.	Intolerância à atividade relacionada ao desequilíbrio entre a

fraqueza, tempo de enchimento capilar > 3 segundos.		Classe: Respostas Cardiovasculares /pulmonares.	oferta e a demanda de oxigênio e imobilidade, evidenciado por desconforto aos esforços e fadiga.
---	--	---	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da atividade e do exercício. Intervenção: Controle de energia. Definição: Regulação do gasto de energia para tratamento ou prevenção de fadiga e otimização de funções (NIC, 2016, p. 164).

Atividades:

1. Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (taquicardia, outras disritmias, dispneia, sudorese, palidez, pressões hemodinâmicas, frequência respiratória).
2. Auxiliar nas atividades físicas regulares (deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), se necessário.
3. Monitorar a resposta do oxigênio do paciente (frequência de pulsos, ritmo cardíaco, frequência respiratória) para o autocuidado ou atividades de enfermagem.
4. Selecionar as intervenções para reduzir a fadiga usando combinações de categorias farmacológicas e não farmacológicas, conforme apropriado.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
----------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------------

Taquipneia, hiperventilação, ansiedade, fadiga e obesidade.	Oxigenação.	Domínio: Atividade/repouso. Classe: Respostas Cardiovasculares / pulmonares.	Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga e obesidade, evidenciado por taquipneia.
---	-------------	---	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenção: assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p.106).

Atividades:

1. Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar).
2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir;
3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.
6. Iniciar e manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
----------------------	------------------------------	-----------------	----------------------------

		(DOMÍNIO E CLASSE)	
Tempo de enchimento capilar > 3 segundos, pulsos periféricos diminuídos e parestesia (dormência em mãos).	Regulação vascular e Integridade física	Domínio: Atividade/ repouso Classe: Respostas Cardiovasculares / pulmonares	Perfusão tissular periférica ineficaz evidenciada por tempo de enchimento capilar > 3 segundos, parestesia e pulsos periféricos diminuídos, relacionados a diabetes mellitus, hipertensão e/ou procedimento cirúrgico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle da perfusão tissular. Intervenção: Controle do choque. Definição: Facilitação da distribuição de oxigênio e nutrientes aos tecidos sistêmicos, com remoção dos produtos de excreção celulares em paciente com alteração grave da perfusão tecidual (NIC, 2016, p.176).

Atividades:

1. Monitorar os sinais vitais, a pressão sanguínea ortostática, o estado mental e a eliminação urinária.
2. Monitorar a oximetria de pulsos conforme apropriado.
3. Monitorar eletrocardiograma conforme apropriado.

4. Monitorar o aparecimento de sintomas de falência respiratória (por exemplo, níveis baixos de PaO₂, níveis elevados de PaCO₂, fadiga de músculos respiratórios).

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente, alteração no estado mental.	Regulação metabólica e eletrolítica / hormonal.	Domínio: Nutrição Classe: Metabolismo	Risco de glicemia instável evidenciado por controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle eletrolítico e ácido básico.</p> <p>Intervenções: Controle da hiperglicemia: Prevenção e tratamento de níveis de glicose no sangue acima do normal (NIC, 2016, p. 132).</p> <p>Definição controle da hipoglicemia: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose sanguínea (NIC, 2016, p. 133).</p> <p>Definição controle hidroeletrólítico: Regulação e prevenção de complicações decorrentes de níveis alterados de líquidos e/ou eletrólitos (NIC, 2016, p.192).</p>			

Atividades:

1. Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme apropriado.
2. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, embaçamento visual ou cefaleia.
3. Administrar insulina conforme prescrição.
4. Orientar o paciente e familiares sobre o tratamento do diabetes durante a doença, inclusive uso de insulina e/ou agentes orais, monitoramento da ingestão de líquidos, reposição de carboidratos e o momento de buscar ajuda profissional, conforme apropriado.
5. Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de retenção de líquidos.
6. Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de hipoglicemia (por exemplo, falta de firmeza, tremores, transpiração, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, umidade na pele, delírio, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, tontura, fraqueza, calor, vertigem, desmaio, visão embaçada, pesadelos, choro durante o sono, parestesias, dificuldade para falar, falta de coordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsão).
7. Administrar glicose intravenosa se indicado.

CASO 2:

A.A.P, 56 anos, sexo feminino, parda, solteira, aposentada, católica, sedentária, natural da Bahia, ensino fundamental incompleto, reside atualmente em Viana, ES. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 40,27), peso atual 104,400 kg, altura 1.61 m. Em 2º dia de pós-operatório de gastroplastia com gastroenteroanastomose, apresentando ferida operatória em região supra umbilical, refere dor à palpação abdominal superficial, aplicada escala de intensidade da dor de 0 a 10, com resposta 9, apresenta comportamento

expressivo, expressão facial de dor, deambula com auxílio de muletas devido a artrose em membro inferior esquerdo (MIE), observada alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular do MIE.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda, procedimento cirúrgico.	Integridade física.	Domínio: Segurança e proteção Classe: Lesão Física	Integridade tissular prejudicada relacionado a procedimento cirúrgico, evidenciada por tecido destruído e/ou dano tecidual.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle da pele/lesões. Intervenção: Cuidados com lesões. Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões (NIC, 2016, p. 209).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor. 2. Medir o leito da lesão, conforme apropriado. 3. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão. 4. Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado. 			

5. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.
6. Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais.
7. Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão.
8. Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção.
9. Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dor à palpação abdominal superficial, comportamento expressivo, expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor.	Percepção dos órgãos dos sentidos (dolorosa).	Domínio: Conforto Classe: Conforto físico	Dor aguda relacionada a agente físico lesivo, evidenciado por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, expressão facial de dor.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			

Domínio fisiológico: básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p. 130).

Atividades:

1. Fazer avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.
2. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.
3. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular	Exercício e atividade física.	Domínio: Atividade/Repouso Classe: Atividade/Exercício	Mobilidade física prejudicada relacionada a falta de condicionamento físico, estilo de vida sedentário e alteração na integridade de estruturas ósseas (artrose), evidenciada por redução das habilidades motoras grossas.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			

Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da atividade e do exercício. Intervenções: Terapia com exercício: deambulação. Definição: Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão (NIC, 2016, p. 400).

Terapia com exercício: Mobilidade articular. Definição: Uso de movimento corporal ativo e passivo para manter e restaurar a flexibilidade da articulação (NIC, 2016, p. 401).

1. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
2. Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
3. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
4. Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

CASO 3:

E.M.S.A, 47 anos, sexo feminino, parda, natural de Linhares, vendedora, ensino médio completo, católica, reside atualmente em Serra, ES, em casa própria. Refere hipertensão, artrose e labirintite. Não realiza atividade física, refere dor nas articulações, indisposição e cansaço. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 48,07), peso atual 120,00 kg, altura 1.58 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, encontra-se em repouso no leito. Às 22h refere dor abdominal, náusea, sensação de ânsia de vômito, aumento da salivagem e sabor amargo na boca. Na avaliação pelo enfermeiro constatou distensão abdominal com som timpânico à percussão e ausência de eliminação de flatos.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dor abdominal, náusea, ausência de flatos e distensão abdominal.	Alimentação (nutrição) e eliminação	Domínio: Eliminação e troca. Classe: Função gastrointestinal	Motilidade gastrointestinal disfuncional relacionada à imobilidade e regime de tratamento, evidenciada pela náusea, dor, distensão abdominal e ausência da eliminação de flatos.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da Eliminação. Intervenção: Redução da flatulência. Definição: Prevenção de formação de flatos e facilitação da passagem de excesso de gases (NIC, 2016, p. 376).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensinar ao paciente como são produzidos os flatos e os métodos de alívio. 			

2. Ensinar ao paciente como evitar situações que o façam engolir ar em excesso.
3. Monitorar os ruídos intestinais.
4. Proporcionar exercícios adequados.
5. Oferecer medicamento de ação antiflatulenta, se prescrito.
6. Limitar ingesta oral se o sistema gastrointestinal inferior estiver inativo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ânsia de vômito, salivação aumentada e sabor amargo, regime de tratamento.	Alimentação (nutrição) e eliminação	Domínio: Conforto Classe: conforto físico	Náusea relacionada ao regime de tratamento, distensão gástrica, evidenciada pela ânsia de vômito, salivação excessiva e sabor amargo na boca.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: básico. Classe: Promoção do Conforto Físico. Intervenção: Controle da Náusea. Definição: Prevenção e alívio de náuseas (NIC, 2016, p.135).</p> <p>Atividades:</p>			

1. Realizar avaliação das náuseas, incluindo frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes.
2. Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas, quando possível.
3. Reduzir ou eliminar fatores individuais que precipitam ou aumentam a náusea (ansiedade, medo, fadiga e falta de conhecimento).
4. Incentivar a alimentação com pequenas quantidades de alimentos.
5. Monitorar o registro do conteúdo nutricional e as calorias ingeridas.
6. Pesar regularmente.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Estilo de vida sedentário, repouso no leito (imobilidade), história de intolerância à atividade (cansaço e dor), falta de condicionamento físico.	Exercício e atividade física.	Domínio: Atividade/repouso Classe: Respostas cardiovasculares/pulmonares	Risco de intolerância à atividade evidenciado por imobilidade e estilo de vida sedentário.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
Domínio fisiológico: básico. Classe: Controle da Atividade e do Exercício. Intervenções: Promoção do Exercício. Definição: Facilitação da atividade			

física regular para manter ou avançar para um nível mais alto de condicionamento físico e de saúde (NIC, 2016, p. 367).

Terapia com exercício: deambulação. Definição: Promoção e assistência na deambulação para manter ou restaurar as funções autonômicas e voluntárias durante o tratamento e recuperação da doença ou lesão (NIC, 2016, p. 400).

Terapia com exercício: Mobilidade articular. Definição: Uso de movimento corporal ativo e passivo para manter e restaurar a flexibilidade da articulação (NIC, 2016, p. 401).

Atividades:

1. Estimular a pessoa a começar o exercício e orientar sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos.
2. Estimular a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado.
3. Auxiliar o paciente na deambulação e fornecer dispositivo de auxílio (bengala, muletas, andador).
4. Auxiliar o paciente a posicionar-se de maneira ideal para o movimento passivo/ativo da articulação.
5. Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade.

CASO 4:

D.A.S, sexo masculino, 33 anos, cor branca, casado, evangélico, profissão motorista, natural de Ilhéus, BA, procedente da Serra, ES, ensino médio incompleto. Obesidade grau III (IMC: 50,30), peso atual 124,00 kg, altura 1.57 m. Em pós-operatório de gastrectomia vertical videolaparoscópica, apresentou parada cardiorrespiratória no intraoperatório, evoluindo com choque anafilático, hipoxemia e lesão renal aguda dialítica. Após 12 dias de

internação na Unidade de Terapia Intensiva, foi transferido para enfermaria da Unidade de Cirurgia Geral. Durante o exame físico a enfermeira observou fraqueza, expressão facial e relato de dor intensa (em escala de dor de 0 a 10, relato de 09) ao realizar movimento no membro superior direito (MSD) e paresia em membros inferiores (MMII). Apresenta dependência para o autocuidado, necessita de auxílio para banho em cadeira, higiene oral e alimentação, alta dependência de cuidados pela classificação Fugulin (pontuação 26). Presença de lesão por pressão estágio 4 em região sacral, realizado desbridamento cirúrgico no leito da lesão, mantendo curativo primário de alginato de cálcio com prata.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dependência para o autocuidado, dor, fraqueza em MSD e paresia em MMII.	Alimentação. Cuidado Corporal.	Domínio: Atividade/Repouso Classe: Autocuidado	Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a dor e fraqueza, evidenciado por capacidade prejudicada de manusear os utensílios e prejuízo neuromuscular. Déficit no autocuidado para banho relacionado a dor e fraqueza, evidenciado

			por capacidade prejudicada de acessar o banheiro, lavar o corpo e secar.
--	--	--	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Básico. Classe: Facilitação do Autocuidado. Intervenções: Assistência no autocuidado: Alimentação. Definição: Assistência à pessoa na alimentação (NIC, 2016, p. 99).

Assistência no autocuidado: Banho/Higiene. Definição: Assistência ao paciente na realização de higiene pessoal (NIC, 2016, p. 100).

Atividades:

1. Monitorar a capacidade de deglutição do paciente.
2. Garantir um posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição.
3. Fornecer assistência física, conforme necessário.
4. Proporcionar alívio adequado da dor antes das refeições, conforme prescrição.
5. Fornecer dispositivos adaptativos para facilitar a autoalimentação, estimular e supervisionar frequentemente.
6. Facilitar o ato de tomar banho sozinho pelo paciente, conforme apropriado.
7. Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária, fornecendo assistência até o paciente conseguir assumir totalmente o autocuidado.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Expressão facial de dor e relato conforme escala de 0 a 10 (dor 09).	Percepção dos órgãos e sentidos.	Domínio: Conforto Classe: Conforto físico	Dor aguda relacionada a agente físico e biológico lesivos (intercorrências do intra e pós-operatório) evidenciada por expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala da dor.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do Conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p.130).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores. 2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia. 3. Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor. 4. Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação contínua da experiência de dor. 			

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Tecido destruído (lesão por pressão), mobilidade prejudicada.	Integridade cutâneo-mucosa	Domínio: Segurança/Proteção Classe: Lesão Física	Integridade tissular prejudicada relacionada a mobilidade prejudicada, evidenciada por tecido destruído (lesão por pressão) na região sacral.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da pele/lesões. Intervenções: Controle da pressão. Definição: Minimização da pressão sobre partes corporais (NIC, 2016, p.137).</p> <p>Cuidados com úlceras por pressão (lesões por pressão, NPUAP, 2017). Definição: Facilitação da cicatrização das úlceras de pressão (NIC, 2016, p.218).</p> <p>Atividades:</p> <p>Controle da pressão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar em colchão terapêutico adequado. 2. Evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada. 3. Monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão. 4. Monitorar a mobilidade e a atividade do paciente. 5. Usar um instrumento conhecido de avaliação de riscos para monitorar os fatores de risco do paciente (por exemplo, Escala de Braden). 			

Cuidados com Lesão por Pressão:

1. Descrever as características da lesão a intervalos regulares, incluindo tamanho (comp. X largura x profundidade), o estágio (I-IV), a localização, o exsudato, a granulação ou o tecido necrosado e a epitelização.
2. Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele ao redor.
3. Desbridar a lesão, se necessário.
4. Aplicar curativos, conforme apropriado.
5. Posicionar a cada uma a duas horas para evitar pressão prolongada.
6. Monitorar o estado nutricional.

CASO 5:

M.D.L, 66 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural de Vila Velha, ES, aposentado, ensino médio completo, reside atualmente em Vitória, ES em casa própria, católico. Nega alergias. Obesidade grau III (IMC: 50), peso atual 128,00 kg, altura 1.60 m. Ex-tabagista, cessou há 20 anos, e etilista social. Há 12 anos teve um acidente vascular encefálico hemorrágico. Realizada cirurgia de gastroplastia videolaparoscópica. À avaliação pelo enfermeiro, o paciente encontra-se em dieta zero, refere ânsia de vômitos, apresentou 01 episódio de vômito de aspecto bilioso nas últimas 6 horas e salivação aumentada. Ao levantar-se do leito, observado equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.	Segurança física.	Domínio: Segurança/proteção Classe: Lesão Física.	Risco de queda evidenciado pelo período de recuperação pós-operatória, dificuldade na marcha e redução na força, equilíbrio prejudicado e idade 66 anos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio: Segurança. Classe: Controle de riscos. Intervenção: Prevenção contra quedas. Definição: Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido a queda (NIC, 2016, p.353).

Atividades:

1. Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico.
2. Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível de fadiga ao caminhar.
3. Pedir ao paciente que se atente à percepção de equilíbrio, conforme indicado.
4. Fornecer e orientar quanto ao uso de dispositivos de auxílio (bengala e andador) para a caminhada estável.
5. Manter as grades laterais da cama elevadas.
6. Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados.

7. Realizar orientações aos cuidadores sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir esses riscos.
8. Aplicar escala de Morse.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ânsia de vômito, salivação aumentada, regime de tratamento.	Nutrição.	Domínio: Conforto. Classe: Conforto físico.	Náusea relacionado ao regime de tratamento, evidenciada por ânsia de vômito e salivação aumentada.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenções: Controle de náusea. Definição: Prevenção e alívio de náuseas (NIC, 2016, p.135). Controle do vômito. Definição: Prevenção e alívio de episódios de vômitos (NIC, 2016, p.191).</p> <p>Atividades:</p> <p>Controle de náusea e controle do vômito.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar avaliação completa das náuseas, incluindo a frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes. 2. Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas. 3. Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada. 			

4. Mensurar ou estimar o volume da êmese.
5. Identificar os fatores (medicamentos e procedimentos) que possam causar ou contribuir para os episódios de vômitos.
6. Posicionar o paciente para prevenir aspiração.
7. Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos.
8. Monitorar dano esofágico e da faringe posterior se os vômitos e a náusea forem prolongados.
9. Fornecer medidas de conforto durante o episódio de vômito, realizar higiene oral e do nariz.

CASO 6:

R.S.M, 50 anos, sexo feminino, parda, casada, católica, desempregada, ensino médio incompleto, natural da Vila Pavão, ES, reside atualmente em Viana, ES, em casa própria. Nega alergias a medicamentos, afirma ser asmática em uso de broncodilatador. Obesidade grau III (IMC: 49,72), peso atual 121,00 kg, altura 1.56 m. Em pós-operatório imediato de gastroplastia com derivação intestinal, mantendo repouso no leito. Na avaliação do enfermeiro observado à ausculta pulmonar, diminuição de murmúrios vesiculares em base e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória, dispneia, refere fadiga. Em imagem de raio-x de tórax observada diminuição da expansibilidade pulmonar.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Padrão respiratório anormal, fadiga, dispneia e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória.	Oxigenação.	Domínio: Atividade e repouso. Classe: Respostas cardiovasculares/pulmonares	Padrão respiratório ineficaz relacionado a obesidade e fadiga, evidenciado por dispneia e capacidade vital diminuída, associado a síndrome da hipoventilação.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenções: Assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p. 106).</p> <p>Monitoração respiratória. Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada (NIC, 2016, p. 321).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações. 2. Monitorar padrões respiratórios (taquipnéia, bradipnéia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de Cheyne-Stokes, apneia, respirações de Biot, padrões atáxicos). 3. Posicionar paciente para aliviar dispneia, elevar a cabeça em relação ao leito e fornecer um apoio para o paciente se inclinar. 4. Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão (bom pulmão para baixo). 			

5. Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse.
6. Auxiliar com o espirômetro de incentivo.
7. Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzidas ou ausentes e a presença de sons adventícios.
8. Monitorar quanto a sinais de fadiga da musculatura respiratória.
9. Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito.
10. Administrar medicamentos apropriados para a dor a fim de prevenir hipoventilação.
11. Administrar medicamentos (broncodilatadores e inaladores) que promovam a pervidade das vias aéreas e a troca de gases.

CASO 7:

L.I.F.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, natural da Serra, ES, auxiliar em transporte escolar, católica, ensino médio completo. Alérgica a diclofenaco. Obesidade grau III (IMC: 54,23), peso atual 135,400 kg, altura 1.58 m. Realizada a cirurgia de gastroplastia com derivação intestinal. Refere ser hipertensa e ter hipotireoidismo. Admitida na clínica cirúrgica em pós-operatório imediato. Lúcida, orientada, hipocorada, apresenta-se taquipneica 25 ipm, hipotensa 80x50 mmHg, taquicárdica 130 bpm, acesso venoso periférico em MSE, turgor diminuído. Diurese em baixo débito em sonda vesical de demora. Queixa de dor intensa em abdome, escala de dor 9, região de ferida operatória com aproximadamente 11 cm, mantendo curativo limpo. Em dieta oral zero, refere sede. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Ferida operatória, acesso venoso periférico, alteração na integridade da pele, uso de sonda vesical de demora (procedimento invasivo).	Segurança Física.	Domínio: Segurança/ proteção Classe: Infecção	Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele, associado aos procedimentos invasivos (sonda vesical de demora e ferida operatória).
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio: Segurança. Classe: Controle de riscos. Intervenção: Proteção contra infecção. Definição: Prevenção e detecção da infecção em um paciente em risco (NIC, 2016, p. 369).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção. 2. Manter a assepsia para o paciente em risco. 3. Inspeccionar a pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo e drenagem. 4. Inspeccionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida. 5. Ensinar e orientar paciente e familiares sobre sinais e sintomas da infecção. 			

6. Monitorar exames laboratoriais (contagem de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais).

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Autorrelato da intensidade da dor usando escala, alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).	Percepção dos órgãos e sentidos.	Domínio: Conforto Classe: Conforto físico	Dor aguda relacionada a agente físico lesivo (procedimento cirúrgico), evidenciada por relato de dor e alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: Básico. Classe: Promoção do conforto físico. Intervenção: Controle da dor. Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente (NIC, 2016, p.130).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes. 2. Aplicar escala da dor. 3. Assegurar cuidados analgésicos para o paciente. 			

4. Proporcionar o alívio ideal da dor do paciente com o uso dos analgésicos.
5. Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.	Hidratação.	Domínio: Nutrição. Classe: Hidratação.	Volume de líquido deficiente relacionado à ingestão de líquidos insuficiente, evidenciado por alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenções: Controle Hídrico. Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos (NIC, 2016, p. 191).			
Monitoração Hídrica. Definição: Coleta e análise de dados do paciente para regular o equilíbrio de líquidos (NIC, 2016, p. 318).			

Controle da Hipovolemia. Definição: Expansão do volume de fluido intravascular em um paciente cujo volume está diminuído. NIC, 2016, p. 134).

Atividades:

Controle Hídrico:

1. Manter um registro preciso de ingestão e eliminação, conforme apropriado.
2. Monitorar o estado de hidratação (por exemplo, umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática), conforme apropriado.
3. Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos (uréia aumentada, hematócrito diminuído e osmolaridade urinária aumentada).
4. Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo pressão venosa central (PVC), pressão arterial média.
5. Monitorar sinais vitais.
6. Administrar terapia EV, conforme prescrito.
7. Distribuir a ingestão de líquidos durante 24 horas, conforme apropriado.

Monitoração Hídrica:

1. Estabelecer os possíveis fatores de risco para desequilíbrio de líquidos (por exemplo, má nutrição, condição de perda de albumina, infecção, estado pós-operatório, poliúrica, vômitos, diarreia, dentre outros).
2. Estabelecer se o paciente está com sede ou tem sintomas de alterações de líquidos (p. ex., tontura, alteração da consciência, delírio, apreensão, irritabilidade, náusea, contrações musculares).

3. Examinar o tempo de preenchimento capilar.
4. Monitorar a pressão sanguínea, frequência cardíaca e estado respiratório.
5. Monitorar as membranas mucosas, turgidez da pele e sede.
6. Monitorar quanto às veias distendidas no pescoço, ruídos nos pulmões, edema periférico e ganho de peso.

Controle da Hipovolemia:

1. Pesar diariamente em períodos consistentes (p. ex., após micção, antes do café da manhã) e monitorar tendências.
2. Monitorar evidências de desidratação (p. ex., turgor de pele deficiente, preenchimento capilar retardado, pulso fraco/tênue, sede severa, membranas mucosas ressecadas de diminuição da eliminação urinária).
3. Monitorar as perdas de fluidos (p. ex., sangramento, vômitos, diarreia, transpiração excessiva e taquipneia).
4. Usar uma bomba endovenosa para manter uma taxa de fluxo de infusão constante.

CASO 8:

J.B.B, 31 anos, sexo feminino, parda, solteira, professora, ensino superior completo, reside atualmente em Vitória, ES, evangélica. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Nega cirurgias anteriores. Obesidade grau III (IMC: 56,44), peso atual 146,300 kg, altura 1.61 m. Realizou cirurgia de bypass com y de roux – videolaparoscópica. No período noturno do pós-operatório imediato a paciente relata transtorno de ansiedade e fazer uso de medicação em domicílio. Dispneica, mantendo oxigenioterapia em cateter nasal 4L/min.,

ausculta pulmonar com presença de estertores no hemitórax esquerdo, batimento de asa de nariz, em uso da musculatura acessória.

Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Batimento de asa de nariz, presença de estertores no hemitórax esquerdo, uso da musculatura acessória e dispneia.	Oxigenação.	Domínio: Atividade/repouso. Classe: Respostas Cardiovasculares/pulmonares.	Padrão respiratório ineficaz relacionado a hiperventilação, ansiedade e obesidade, evidenciado por batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)			
<p>Domínio fisiológico: complexo. Classe: Controle respiratório. Intervenção: assistência ventilatória. Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões (NIC, 2016, p. 106).</p> <p>Atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar paciente visando minimizar os esforços respiratórios (por exemplo elevar a cabeceira da cama e providenciar mesa sobre a cama onde o paciente possa se apoiar). 2. Encorajar a respiração profunda lenta, as viradas e o tossir. 			

3. Auscultar os sons pulmonares, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente, além da presença de ruídos adventícios.
4. Monitorar a ocorrência de fadiga dos músculos respiratórios.
5. Monitorar o estado respiratório e a oxigenação.
6. Manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

CASO 9:

R.G.J, 38 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural da Vila Velha, ES, profissão caminhoneiro, ensino médio completo, reside atualmente em Vila Velha, católico. Nega alergias, tabagismo e etilismo. Pré-diabético e hipertenso. Obesidade grau III (IMC: 50,78), peso atual 130,00 kg, altura 1.60 m. Realizou gastroplastia. No 2º dia de pós-operatório durante a avaliação diária pelo enfermeiro na enfermaria de cirurgia geral, foram observadas em membros inferiores veias varicosas, mobilidade prejudicada e queixa de dor à palpação em panturrilha direita, referiu história de pai ter tido trombose venosa profunda (TVP), considerando o pós-operatório de cirurgia importante e tempo total de anestesia maior que 90 minutos. O enfermeiro ficou alerta e fez orientações prioritárias. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Pós-operatório de cirurgia importante, tempo total de	Regulação vascular.	Domínio: Segurança /proteção.	Risco de tromboembolismo venoso evidenciado por mobilidade

anestesia > 90 minutos, mobilidade prejudicada (dor), obesidade, veias varicosas.		Classe: Lesão física.	prejudicada e obesidade, associado à cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos e história familiar (pai).
---	--	-----------------------	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenção: Precauções contra a embolia. Definição: Redução do risco de embolia em pacientes com trombos ou risco de formação de trombos (NIC, 2016, p. 341).

Atividades:

1. Obter um histórico detalhado da saúde do paciente a fim de determinar os fatores de risco (p. ex., cirurgias recentes, fraturas ósseas, imobilidade, histórico de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda, obesidade).
2. Avaliar a presença da Tríade de Virchow: estase venosa, hipercoagulabilidade e traumatismo resultante de dano intimal.
3. Avaliar relato de sibilos, hemoptise, ou dor à inspiração; no peito, ombros, costas ou pleurítica; dispnéia, taquipnéia, taquicardia, síncope.
4. Iniciar o regime apropriado de trombopprofilaxia em pacientes de risco imediatamente de acordo com a política e protocolo organizacional.
5. Elevar qualquer membro que se suponha estar afetado 20° ou mais acima do nível do coração para aumentar o retorno venoso.
6. Aplicar meia elástica de compressão gradual.
7. Encorajar a movimentação ou deambulação precoce de acordo com o que tolerar.

8. Orientar o paciente que ele não pode cruzar as pernas e deve evitar ficar sentado por longos períodos de tempo com as pernas pendentes.
9. Orientar o paciente a evitar atividades que resultem em manobra de Valsalva (p. ex., esforço durante a evacuação) e administrar emoliente de fezes e antieméticos, conforme apropriado.
10. Orientar o paciente a relatar sangramentos excessivos (p. ex., sangramentos nasais, hematêmese, sangue na urina, dentre outros).

CASO 10:

G.M.M, 51 anos, sexo feminino, negra, solteira, natural da Vila Velha, ES, servidora pública, ensino médio completo, reside atualmente em Cariacica, ES. Afirma ser hipertensa. Mãe com histórico de hipertensão arterial, pai com histórico de infarto e irmão renal crônico. Obesidade grau III (IMC: 42,73), peso atual de 104 kg, altura 1.56 m. No 3º dia de pós-operatório de gastroplastia, às 17 horas, na enfermaria de cirurgia geral, a enfermeira foi chamada ao quarto 227, durante a avaliação a paciente apresentava comportamento de ansiedade e inquietação, taquicardia, distensão da veia jugular, frequência respiratória de 30 incursões por minuto, 80% de saturação em oximetria de pulso, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, tempo de preenchimento capilar prolongado. Presença de ferida operatória em região mesogástrica medindo aproximadamente 12 cm, mantendo curativo limpo. Após o exame físico foram registradas as informações coletadas e definidos os diagnósticos de enfermagem prioritários que correspondem às respostas do indivíduo.

INDICADORES CLÍNICOS	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	TAXONOMIA NANDA (DOMÍNIO E CLASSE)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Taquicardia, ansiedade e inquietação,	Regulação vascular.	Domínio: Atividade/repouso .	Débito cardíaco diminuído evidenciado por

<p>distensão de veia jugular e tempo de preenchimento capilar prolongado.</p>		<p>Classe: Respostas cardiovasculares/ pulmonares.</p>	<p>taquicardia (alteração do ritmo cardíaco), ansiedade e inquietação (emocionais), distensão de veia jugular (alteração da pré-carga), tempo de preenchimento capilar prolongado e dispneia (alteração da pós-carga).</p>
---	--	--	--

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Domínio fisiológico: Complexo. Classe: Controle da Perfusão Tissular. Intervenção: Cuidados Cardíacos. Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada (NIC, 2016, p. 196).

Atividades:

1. Monitorar o paciente física e psicologicamente de modo rotineiro, de acordo com a instituição.
2. Certificar-se do nível de atividade que não compromete o débito cardíaco ou provoca eventos cardíacos.
3. Avaliar quaisquer episódios de dor no peito (p. ex., intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio).
4. Monitorar eletrocardiograma quanto a alterações de ST.
5. Monitorar os sinais vitais com frequência.
6. Observar sinais e sintomas de redução do débito cardíaco.

7. Monitorar o abdome quanto a indicações de perfusão diminuída.
8. Monitorar equilíbrio hídrico (ingestão, eliminação e peso diário).
9. Monitorar o estado respiratório quanto a sintomas de insuficiência cardíaca.
10. Avaliar o paciente quanto a ansiedade e depressão, encorajando o tratamento com antidepressivos adequados, terapias de relaxamento e técnicas efetivas de redução do estresse, conforme indicado.

Referências :

LUNNEY, M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análise. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. Vol. 19, n. 4, p. 158-162, oct 2008.

GAUTÉRIO-ABREU, D.P. et al. Contribuições do estudo de caso para o cuidado de enfermagem: um relato de experiência. Rev Enferm UFPE on line. Vol. 10, n. 3, 2016.

Realização:



Apoio:



Registro:

A produção técnica foi encaminhada para a Gerência de Enfermagem do Hospital Universitário e Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.