

Diagnósticos, Resultados e Intervenções

DE ENFERMAGEM

Conjunto de diagnósticos e
intervenções de enfermagem para
assistência ao paciente em
pós-operatório de cirurgia bariátrica


CUIDARTECH

Conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência 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. Conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem para assistência 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.

Trata-se de um protocolo assistencial para auxiliar o enfermeiro na realização do processo de enfermagem no que concerne à seleção de diagnósticos, intervenções e atividades de enfermagem ao paciente em pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Indicadores clínicos: Desconforto respiratório ao esforço, fadiga, taquipneia, fraqueza, tempo de enchimento capilar > 3 segundos.

Diagnóstico de enfermagem: Intolerância à atividade relacionada ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e imobilidade, evidenciada por desconforto aos esforços e fadiga.

Intervenções/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: Taquipneia, hiperventilação, ansiedade, fadiga e obesidade.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado a fadiga e obesidade, evidenciado por taquipneia.

Intervenções/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: Tempo de enchimento capilar > 3 segundos, pulsos periféricos diminuídos e parestesia (dormência em mãos).

Diagnóstico de enfermagem: Perfusão tissular periférica ineficaz evidenciada por tempo de enchimento capilar > 3 segundos, parestesia e pulsos periféricos diminuídos, relacionados a diabetes melittus, hipertensão e/ou procedimento cirúrgico.

Intervenções/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 ECG conforme apropriado.
4. Monitorar o aparecimento de sintomas de falência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO₂, níveis elevados de PaCO₂, fadiga de músculos respiratórios).

Indicadores clínicos: Controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente, alteração no estado mental.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de glicemia instável evidenciado por controle insuficiente do diabetes, ingestão alimentar insuficiente e alteração no estado mental.

Intervenções/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 (p. ex., 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.

Indicadores clínicos: Ferida operatória (dano tecidual), dor aguda, procedimento cirúrgico.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade tissular prejudicada relacionada a procedimento cirúrgico, evidenciada por tecido destruído e/ou dano tecidual.

Intervenções/atividades:

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: Dor à palpação abdominal superficial, comportamento expressivo, expressão facial de dor, autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor.

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada a agente físico lesivo, evidenciada por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor, expressão facial de dor.

Intervenções/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: Alteração na marcha, força muscular diminuída e rigidez articular.

Diagnóstico de enfermagem: 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/atividades:

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.

Indicadores clínicos: Dor abdominal, náusea, ausência de flatos e distensão abdominal.

Diagnóstico de enfermagem: Motilidade gastrintestinal disfuncional relacionada à imobilidade e regime de tratamento, evidenciada pela náusea, dor, distensão abdominal e ausência da eliminação de flatos.

Intervenções/atividades:

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: Ânسيا de vômito, salivação aumentada e sabor amargo, regime de tratamento.

Diagnóstico de enfermagem: Náusea relacionada ao regime de tratamento, distensão gástrica, evidenciada pela ânسيا de vômito, salivação excessiva e sabor amargo na boca.

Intervenções/atividades:

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: Estilo de vida sedentário, repouso no leito (imobilidade), história de intolerância à atividade (cansaço e dor), falta de condicionamento físico.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de intolerância à atividade evidenciado por imobilidade e estilo de vida sedentário.

Intervenções/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.

Indicadores clínicos: Dependência para o autocuidado, dor, fraqueza em MSD e parestesia em MMII.

Diagnóstico de enfermagem: 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/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: Expressão facial de dor e relato conforme escala de 0 a 10 (dor 09).

Diagnóstico de enfermagem: 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/atividades:

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: Tecido destruído (lesão por pressão), mobilidade prejudicada.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade tissular prejudicada relacionada a mobilidade prejudicada, evidenciada por tecido destruído (lesão por pressão) na região sacral.

Intervenções/atividades:

Controle da pressão:

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 (p. ex. 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.

Indicadores clínicos: Equilíbrio prejudicado, dificuldade na marcha, mobilidade prejudicada e redução da força em membros inferiores.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de queda evidenciado pelo período de recuperação pós-operatória, dificuldade na marcha e redução na força, equilíbrio prejudicado e idade 66 anos.

Intervenções/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: Ânسيا de vômito, salivação aumentada, regime de tratamento.

Diagnóstico de enfermagem: Náusea relacionada ao regime de tratamento, evidenciado por ânسيا de vômito e salivação aumentada.

Intervenções/atividades:

Controle de náusea e Controle do Vômito

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.

Indicadores clínicos: Padrão respiratório anormal, fadiga, dispneia e presença de sibilos em ápice, uso da musculatura respiratória.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado a obesidade e fadiga, evidenciado por dispneia e capacidade vital diminuída, associado a síndrome da hipoventilação.

Intervenções/atividades:

1. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações.
2. Monitorar padrões respiratórios (taquipneia, bradipneia, 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 reduzida ou ausente 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 perviedade das vias aéreas e a troca de gases.

Indicadores clínicos: Ferida operatória, acesso venoso periférico, alteração na integridade da pele, uso de sonda vesical de demora (procedimento invasivo).

Diagnóstico de enfermagem: Risco de infecção evidenciado por alteração na integridade da pele, associado aos procedimentos invasivos (sonda vesical de demora e ferida operatória).

Intervenções/atividades:

1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados na infecção.
2. Manter a assepsia para o paciente em risco.
3. Inspeccionar a pele e membranas mucosas para rubor, calor extremo e drenagem.

4. Inspecionar 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: Autorrelato da intensidade da dor usando escala, alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada a agente físico lesivo (procedimento cirúrgico), evidenciada por relato de dor e alteração no parâmetro fisiológico (taquicardia).

Intervenções/atividades:

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: Alteração no turgor da pele, aumento da frequência cardíaca, diminuição do débito urinário, diminuição da pressão arterial e sede.

Diagnóstico de enfermagem: 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/atividades:

Controle Hídrico:

1. Manter um registro preciso de ingestão e eliminação, conforme apropriado.
2. Monitorar o estado de hidratação (p. ex., umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial ortostática), conforme apropriado.
3. Monitorar resultados laboratoriais relativos à retenção de líquidos (ureia 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 (p. ex., má nutrição, condição de perda de albumina, infecção, estado pós-operatório, poliúria, 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.

Indicadores clínicos: Batimento de asa de nariz, presença de estertores no hemitórax esquerdo, uso da musculatura acessória e dispneia.

Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz relacionado à hiperventilação, ansiedade e obesidade, evidenciado por batimento de asa de nariz, uso da musculatura acessória e dispneia.

Intervenções/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. Manter oxigênio suplementar, conforme prescrição.

Indicadores clínicos: Pós-operatório de cirurgia importante, tempo total de anestesia > 90 minutos, mobilidade prejudicada (dor), obesidade, veias varicosas.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de tromboembolismo venoso evidenciado por mobilidade prejudicada e obesidade, associado à cirurgia e tempo total de anestesia > 90 minutos e história familiar (pai).

Intervenções/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; dispneia, taquipneia, 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 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).

Indicadores clínicos: Taquicardia, ansiedade e inquietação, distensão de veia jugular e tempo de preenchimento capilar prolongado.

Diagnóstico de enfermagem: Débito cardíaco diminuído evidenciado por 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).

Intervenções/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:

NANDA I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NIC. Classificação das Intervenções em enfermagem. 7. ed. – Rio de Janeiro: GEN | Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

NIC. Classificação das Intervenções em enfermagem (NIC). 6ª ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

Realização:



Apoio:

