

DIAGNÓSTICOS E  
INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM NO  
PERIOPERATÓRIO

GUIA PRÁTICO

*Aline Figueiredo Ferreira*

2017

PRODUTO DE MESTRADO

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO  
GUIA PRÁTICO**

## *Agradecimentos*

*Ao meu Marido e Companheiro Jorge por todo apoio incondicional.*

*A minha orientadora Elaine Antunes Cortez*

*A todos os participantes da Pesquisa que ainda lutam para não serem apenas executores de tarefas e sim atores reflexivos na assistência de enfermagem.*



*Mas na minha  
profissão, além de  
amar tem que saber,  
E o saber leva tempo  
para crescer.  
Rubem Alves*



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO P.05

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO P. 09

DIAGNÓSTICO E INTERENÇÃO DE ENFERMAGEM NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO P.14

DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO P.18

REFERENCIAS P.23

## INTRODUÇÃO

Este produto é oriundo da pesquisa de mestrado intitulada: “Educação Permanente como Estratégia para Realização e Valorização do Registro de Enfermagem”, tal pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico A do Hospital Federal de Bonsucesso após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta unidade e da Universidade Federal Fluminense, a qual está vinculada a pesquisadora. A Plataforma Brasil disponibilizou o parecer aprovado número 1.805.784.

Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa convergente assistencial. Com o objetivo de identificar os fatores que dificultam os profissionais de enfermagem a realizar o registro de forma adequada e utilizar posteriormente métodos que favoreçam e reforcem esta prática. Durante a pesquisa percebemos que um dos fatores que dificultavam a realização do registro era a ausência da Assistência de Enfermagem Sistematizada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN 358/2009, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem e destaca ainda que execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente. Assim sendo, é fundamental que o Registro de Enfermagem, seja realizado por estes profissionais de forma detalhada, permitindo avaliar a qualidade da assistência prestada.

As Anotações ou Registros da Enfermagem são de extrema importância, visto que 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente são fornecidas por esta categoria, tornando-se indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário (FRANÇOLIN et al, 2012).

Na Resolução COFEN 311/2007 que trata sobre a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, afirma no Artigo 25 que “é dever do profissional Registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar”.

O Processo de Enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem sistemática enquanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem é o que organiza o trabalho profissional tornando possível a operacionalização do Processo de

Enfermagem. A Resolução COFEN 358/2009 nos diz que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

A SAE é uma metodologia científica de trabalho do enfermeiro, que permite implementar, na prática assistencial seus conhecimentos técnicos-científicos e de humanização (TANNURE, 2011). A SOBECC (2013). Conclui, pois, que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE.

O Centro Cirúrgico, por ser um setor com atividades específicas, possui uma sistematização exclusiva que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A mesma deve ser implementada por enfermeiros perioperatórios na busca pela segurança, satisfação e confiança do cliente, além da destreza dos profissionais de enfermagem atuantes no CC.

Segundo a SOBECC (2013), os Principais objetivos da SAEP são:

- Ajudar o paciente e a família a compreenderem e a se prepararem para anestesia proposta;
- Prever, prover e controlar recursos humanos e matérias para o procedimento cirúrgico e anestésico;
- Diminuir os riscos pela utilização de materiais e equipamentos durante o procedimento cirúrgico.
- Diminuir os riscos ao ambiente específico de CC e Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA).

A SAEP mais utilizada no Brasil é fundamentada no atendimento das necessidades humanas e no PE estruturados por Wanda Horta (SOBECC, 2013). Foi proposta em 1990 por Castellanos e Jouclas antes da Resolução do COFEN em 2009, que Dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem.

O SAEP compreende cinco fases (CASTELLANOS e JOUCLAS, 1990):

- a visita pré-operatória de enfermagem,
- o planejamento da assistência perioperatória,
- implementação da assistência,

- avaliação da assistência por meio de visita pós-operatória de enfermagem,
- reformulação da assistência a ser planejada, segundo resultados obtidos e solução de situações não desejadas ou ocorrência de eventos adversos.

Este Guia Prático tem como objetivo facilitar o Processo de Enfermagem. Foram elencados os diagnósticos que ocorrem com maior frequência em cada fase do perioperatório. Eles se encontram separados por fase. No momento da visita pré-operatória o enfermeiro pode abrir apenas os possíveis diagnósticos para o pré-operatório e, da mesma forma no transoperatório e pós-operatório imediato.

**DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM  
NO PRÉ-OPERATÓRIO**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenção de Enfermagem</b>
Ansiedade	<p>Avaliar os fatores causadores;  Determinar o nível de conhecimento sobre a situação para identificar concepções errôneas, falta de informação e outros problemas pertinentes;  Ajudar o paciente a lidar com a situação;  Utilizar comunicação terapêutica (escuta atenta);  Respeitar o desejo do paciente de não conversar;  Expressar esperança levando em consideração os limites da situação do indivíduo;  Ajudar o paciente a ocupar-se de atividades que promovam o crescimento espiritual.</p>
Medo	<p>Avaliar a intensidade do medo e a realidade de ameaça percebida pelo paciente.  Determinar a percepção do paciente quanto o que está acontecendo e como isso afeta sua vida.  Comparar respostas verbais e não verbais para detectar incongruências ou percepções alteradas da situação.  O medo pode ser atuado quando outras pessoas dão apoio desejado  Fornecer informações. Conversar utilizando frases simples e termos concretos facilitando a compreensão e a retenção de informações.</p>
Padrão de sono prejudicado	<p>Melhorar o ambiente.  Assegurar a privacidade.  Aumentar o conforto físico trocando pijamas ou camisolas úmidos.  Ajustar a temperatura do ambiente.  Realizar atividade de monitoramento e cuidados de enfermagem sem acordar o paciente, sempre que possível.</p>
Risco de integridade da pele prejudicada	<p>Examinar rotineiramente a pele e atentar para umidade, coloração e elasticidade. Ver se há história pregressa de problemas dermatológicos que possam indicar suscetibilidade especial.</p>
Padrão respiratório ineficaz	<p>Avaliar se está relacionado a ansiedade. Lidar com medo e ansiedade que possam estar presentes (Ver Ansiedade e Medo).  Atenuar fatores causadores.  Aspirar vias aéreas superiores conforme a necessidade.  Elevar a cabeceira do leito.  Recomendar que o paciente respire lenta e profundamente, contraindo os lábios expiração.  Monitorar oximetria de pulso se necessário.</p>

Risco de aspiração	Fator de risco: Nível de consciência (devido a sedação/anestesia).
Integridade da pele prejudicada	<p>Avaliar a circulação sanguínea e a sensibilidade.</p> <p>Determinar o estado nutricional e a possibilidade de cicatrização demorada ou lesão tecidual agravada pela desnutrição.</p> <p>Examinar a cor, a textura e o turgor da pele. Avaliar as áreas menos pigmentadas para detectar alterações de cor (escleróticas, conjuntivas, leitos ungueais, mucosa oral, língua, palmas e plantas).</p> <p>Palpar as lesões cutâneas para definir suas dimensões, seu formato, sua consistência e textura, a temperatura e a hidratação da pele.</p> <p>Medir o comprimento, a largura e a profundidade da úlcera ou ferida. Determinar a extensão do túnel ou descolamento subcutâneo, se houver.</p>
Risco de infecção	<p>Verificar os fatores de risco para infecção: paciente imunosuprimido, feridas na pele, internação hospitalar prolongada, cirurgias ou procedimentos invasivos, cateter de longa permanência,</p> <p><b>Pré</b> – Administrar antibiótico profilático, se necessário.</p> <p><b>Pré e Pós</b> – verificar se há sinais localizados de infecção nos locais de inserção dos cateteres invasivos, nas suturas, nas incisões cirúrgicas e nas feridas.</p> <p>avaliar e registrar as condições da pele ao redor das inserções de pinos, fios metálicos e atentar para secreções.</p> <p><b>pré, trans e pós</b> – Lavar as mãos. Ressaltar as técnicas apropriadas de higiene das mãos para todos os profissionais entre as intervenções terapêuticas e o manuseio de clientes diferentes.</p> <p>Manter técnica estéril em todos os procedimentos invasivos.</p> <p><b>Pós</b> – trocar os curativos cirúrgicos ou de outras feridas, conforme a necessidade, utilizando técnica adequada de troca e descarte de material contaminado.</p> <p>Cobrir os curativos ou aparelhos gessados das regiões perianais ou pélvicas com plástico quando estiver utilizando comadre.</p> <p>Estimular deambulação precoce, respiração profunda, mudança de posição e remoção precoce do tubo endotraqueal.</p> <p>Realizar cuidados regulares com cateter e a região perianal</p>
Nutrição desequilibrada: menos do que as	Avaliar a capacidade do cliente para mastigar, engolir e sentir o paladar dos alimentos. Examinar os dentes e as gengivas para detectar saúde oral precária e

<p>necessidades corporais.</p>	<p>avaliar adaptações de próteses (conforme o caso). Todos esses fatores podem afetar a ingestão e/ou digestão dos nutrientes. Consultar o nutricionista ou a equipe de nutrição, conforme a necessidade para adotar a abordagem em equipe multiprofissional. Administrar alimentos por sonda nasogástrica. Fórmulas para alimentação por sonda; infusão de nutrição parenteral.</p>
<p>Percepção sensorial perturbada. Fator relacionado: estímulos ambientais insuficientes, ambientes com limitações terapêuticas (repouso no leito, tração, isolamento, UTI)</p>	<p>Pré-operatório: Fornecer meios de comunicação, conforme a necessidade. Minimizar o isolamento físico ou emocional para atenuar a privação sensorial ou confusão quanto aos limites. Reorientar o paciente quanto à individualidade, ao tempo, ao lugar e aos eventos, conforme a necessidade. Assegurar períodos ininterruptos de sono e descanso. Pré, Trans e Pós – Adotar medidas de segurança conforme a necessidade: grades laterais, leito em posição baixa, iluminação adequada, ajuda para caminhar, uso de dispositivos visuais e/ou auditivos. Pós operatório – Colaborar com outros membros da equipe de forma a realizar a reabilitação e aplicar modalidades de estimulação, para obter ganhos máximos em função do bem-estar psicossomático. Anotar o déficit de percepção no prontuário, afim de que a equipe multiprofissional se mantenha ciente. Orientar a deambulação com apoio de outras pessoas e uso de dispositivos para manter o equilíbrio, quando necessário.</p>
<p>Risco de baixa autoestima situacional</p>	<p>Verificar se o paciente percebe alguma ameaça a si próprio na sua situação atual. Determinar o grau de controle que paciente tem (ou acha que tem) sobre si próprio e a situação. Entender como o paciente percebe sua própria responsabilidade de lidar com a situação e o crescimento pessoal. Avaliar o conceito do cliente sobre si próprio no contexto das crenças religiosas ou culturais. Os conflitos entre a situação atual e esses conceitos podem contribuir com a baixa estima. Ouvir as verbalizações do paciente, avaliar se são autodestrutivas ou suicidas, este caso requer uma intervenção para evitar que o paciente concretize seus pensamentos.</p>
<p>Risco de reação alérgica ao látex</p>	<p>Verificar se o paciente pode ser exposto a cateteres, dispositivos intravenosos no procedimento cirúrgico. Investigar o ambiente e remover quaisquer produtos médicos que contenham látex.</p>

	<p>Criar ambientes livres de látex (produtos sem látex como luvas de borracha natural, tubos intravenosos de PVC, cânulas de oxigênio sem látex e etc) para aumentar a segurança do cliente e reduzir o risco de exposição.</p> <p>Instruir pacientes e outros profissionais de saúde quanto a possibilidade de reações de hipersensibilidade e como reconhecer os sinais e sintomas da alergia ao látex (erupção cutânea, urticária, rubor, prurido, asma, sintomas nasais, oculares e sinusais e raramente choque).</p> <p>Estabelecer as medidas a serem adotadas se ocorrerem reações.</p> <p>OBS: embora muitos serviços e profissionais de saúde utilizem equipamentos sem látex, esta substância ainda está presente em muitos suprimentos médicos e/ou no ambiente de atenção a saúde, acarretando risco aos clientes e aos profissionais de saúde.</p>
--	---

**DIAGNÓSTICO E INTERENÇÃO DE ENFERMAGEM  
NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenção de Enfermagem</b>
Ansiedade	Ver no Pré-operatório
Risco de aspiração	<p>Avaliar a capacidade do paciente de deglutir e a força dos reflexos de tosse ou engasgo e também a consistência das secreções. Isso ajuda a determinar a presença e eficácia dos mecanismos de proteção.</p> <p>Aspirar cavidade oral, nariz e traqueostomia ou TOT conforme a necessidade e evitar ativação do reflexo de tosse durante a aspiração para remover as secreções e, ao mesmo tempo, reduzir as chances de aspiração de secreções.</p> <p>Ajudar a realizar a drenagem postural para mobilizar as secreções espessadas que podem dificultar a deglutição.</p> <p>Auscultar frequentemente os sons respiratórios, principalmente se o paciente estiver tossindo muito ou se o paciente estiver no respirador e recebendo alimentação pos sonda, para determinar a presença de secreções ou aspiração assintomática.</p>
Risco de lesão (por bisturi elétrico)	Proteger o corpo do contato com partes metálicas da mesa cirúrgica, que podem causar queimaduras ou lesão por choque elétrico.
Risco de lesão perioperatória por posicionamento	<p>Travar as rodas da maca, apoiar o corpo e os membros do paciente, acionar o número adequado de profissionais durante as transferências para evitar lesões por atrito ou cisalhamento.</p> <p>Evitar movimentos descontrolados.</p> <p>Manter o alinhamento corporal na medida do possível, utilizando travesseiros ou acolchoados, faixas de segurança, para reduzir as chances de ocorrerem complicações neurovasculares associadas a compressão, estiramento excessivo ou isquemia dos nervos.</p> <p>Posicionar acolchoados nos pontos de pressão e nas proeminências ósseas e nos pontos de compressão neurovascular para manter a posição segura, principalmente durante posicionamento e reposicionamento dos fixadores e faixas de segurança na mesa cirúrgica.</p> <p>Verificar periodicamente os pulsos periféricos, a coloração e a temperatura da pele para monitorizar a circulação.</p> <p>Reposicionar lentamente o corpo durante a transferência e no leito para evitar redução grave de pressão arterial e tonteira ou riscos na transferência.</p> <p>Proteger as vias respiratórias e facilitar o esforço respiratório depois da extubação.</p> <p>Detectar riscos potenciais no centro cirúrgico e adotar</p>

	medidas corretivas apropriadas.
Risco de sangramento	<p>Avaliar os fatores causadores e predisponentes para o sangramento.</p> <p>Avaliar os sinais vitais, principalmente pressão arterial, pulso e respiração. Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos disponíveis para detectar déficits de volume intravascular.</p> <p>Atentar para queixa do cliente de dor em áreas específicas, se a dor está se intensificando, é difusa ou localizada. Isso pode auxiliar a detectar sangramento nos tecidos, nos órgãos ou nas cavidades.</p> <p>Rever os resultados laboratoriais, principalmente hemograma, contagem de plaquetas e outros fatores de coagulação como tempo de protrombina e fibrinogênio.</p> <p>Aplicar pressão direta e bolsa de gelo nas aéreas de sangramento.</p> <p>Manter acesso venoso para administrar líquidos ou repor sangue.</p> <p>Monitorar a ocorrência de sangramento evidente.</p> <p>Colaborar na avaliação da necessidade de repor sangue ou outros componentes.</p> <p>Atentar para uso de anticoagulantes, esses fármacos certamente deverão ser suspensos por um tempo antes do procedimento cirúrgico para reduzir o risco de sangramento.</p>
Hipotermia	<p>Elevar a temperatura do ambiente.</p> <p>Aquecer as soluções para infusão IV se for necessário.</p> <p>Ajudar a aplicar medidas para normalizar a temperatura central, inclusive infusão de soluções IV aquecidas e lavagem das cavidades corporais com soluções mornas.</p> <p>Reaquecer o cliente lentamente para evitar vasodilatação súbita, aumento das demandas metabólicas do coração e hipotensão (choque do reaquecimento).</p> <p>Realizar o aquecimento por volta superficial por meio de mantas aquecidas e aumento da temperatura do ambiente.</p> <p>Evitar a realização do reaquecimento superficial antes do reaquecimento central os casos de hipotermia, porque isso poderia causar baixa da temperatura em consequência da transferência do sangue frio de volta para o coração, além de causar choque associado ao reaquecimento em consequência da vasodilatação superficial.</p> <p>Desligar a manta de aquecimento quando a</p>

	temperatura estiver 1 a 3°C acima do nível desejado, para evitar hipertermia.
Eliminação urinária prejudicada	Manter a bexiga vazia utilizando um cateter de longa permanência conectado ao sistema fechado de drenagem. Verificar frequentemente se há distensão vesical e ficar atento ao fluxo excessivo, para reduzir o risco de infecção e/ou hiper-reflexia autonômica.
Risco de temperatura Corporal alterada	Monitorar a temperatura. Monitorar e manter a temperatura ambiente confortável. Recuperar ou manter a temperatura corporal dentro da faixa normal. O paciente pode necessitar de intervenções para tratar hipotermia ou hipertermia. (Ver hipotermia e hipertermia)

**DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO NO PERÍODO  
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenção de Enfermagem</b>
Integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar condições da incisão cirúrgica</li> <li>• Avaliar condições do curativo</li> <li>• avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres</li> <li>• Monitorar temperatura da pele do paciente</li> </ul>
Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar incisão cirúrgica</li> <li>• Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise</li> <li>• Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade</li> <li>• Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipos), com álcool a 70%</li> </ul>
Mobilidade no leito prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar alinhamento do corpo do paciente</li> <li>• Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras</li> <li>• Avaliar condições da pele do paciente</li> <li>• Realizar massagem de conforto, quando pertinente</li> <li>• Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente)</li> <li>• Realizar mudança de decúbito a cada duas horas</li> </ul>
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar características, intensidade e local da dor</li> <li>• Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente</li> <li>• Considerar escore de dor relatado pelo paciente</li> <li>• Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória)</li> <li>• Administrar analgésicos conforme prescrição médica</li> <li>• Reavaliar dor após administração da medicação</li> </ul>
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalar cateter de O<sub>2</sub> a 2l/min ou conforme recomendação médica</li> <li>• Orientar paciente a realizar inspiração profunda</li> <li>• Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente</li> <li>• Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude)</li> <li>• Avaliar a necessidade de aspiração da via aérea</li> <li>• Realizar controle da dor, se presente</li> <li>• Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz)</li> </ul>
Hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <li>• Substituir roupas molhadas por secas</li> <li>• Cobrir o paciente com cobertores</li> <li>• Instalar manta térmica, se disponível</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar descobrir o paciente desnecessariamente</li> <li>• Monitorar cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>• Avaliar perfusão periférica</li> <li>• Infundir soluções venosas aquecidas</li> <li>• Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente</li> </ul>
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda</li> <li>• Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente</li> <li>• Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas</li> <li>• Manter elevadas as grades de proteção da maca</li> <li>• Manter cama em altura adequada para prevenir quedas</li> </ul>
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir</li> <li>• Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo</li> <li>• Manter a cabeça do paciente lateralizada, quando recomendado</li> <li>• Manter aspirador disponível</li> </ul>
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia)</li> <li>• Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento</li> <li>• Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações</li> <li>• Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente</li> </ul>
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar temperatura, padrão respiratório, pressão arterial e pulso</li> <li>• Avaliar cor, temperatura e umidade da pele</li> <li>• Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de Temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese)</li> <li>• Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado</li> <li>• Manter o ar condicionado desligado</li> <li>•</li> </ul>
Risco de desequilíbrio do	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica</li> </ul>

volumen de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)</li> <li>•Monitorar níveis de eletrólitos séricos</li> <li>•Verificar presença de sangramentos</li> <li>•Realizar balanço hídrico</li> </ul>
Risco de glicemia instável	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório</li> <li>•Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia</li> <li>•Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado.</li> <li>•Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do Paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente</li> </ul>
Retenção urinária	<p>Aliviar a dor administrando os fármacos apropriados e as medidas para reduzir o edema ou corrigir a causa subjacente.</p> <p>Ajudar o paciente a sentar-se em posição ereta na cadeira higiênica para colocar-se na posição fisiológica para urinar.</p> <p>Aplicar compressas geladas, massagem na face interna da coxa ou deixar escorrer água morna no períneo para estimular o arco reflexo.</p> <p>Realizar cateterismo de alívio.</p>
Recuperação pós operatória retardada	<p>Indicar o distúrbio ou patologia subjacente que possam afetar a cicatrização e a recuperação.</p> <p>Identificar outros fatores que possam impedir a recuperação, como: obesidade, tabagismo, estilo de vida sedentário, tratamento com corticoide, internação hospitalar prolongada antes do procedimento cirúrgico e radioterapia.</p> <p>Determinar a existência e a gravidade das complicações perioperatórias, como por exemplo: anestesia prolongada, traumatismo ou condições que exijam várias intervenções cirúrgicas), e o desenvolvimento de complicações pós-operatória (infecção de ferida cirúrgica, pneumonia associada ao uso do ventilador mecânico, trombose venosa profunda) que possam prolongar a recuperação.</p> <p>Avaliar o estado nutricional e a ingestão atual para determinar se a nutrição está adequada.</p> <p>Avaliar a intensidade de dor para determinar se o tratamento analgésico é suficiente às necessidades do paciente durante a recuperação.</p> <p>examinar rotineiramente as incisões ou as feridas e descrever as mudanças</p>

Náusea	<p>Verificar se há condições sistêmicas que podem causar náuseas.</p> <p>Administrar e monitorar a resposta aos fármacos usados para tratar a causa primária das náuseas.</p> <p>Escolher a via de administração dos fármacos mais apropriada.</p> <p>Rever o esquema de analgesia. A substituição por opioides de ação prolongada ou por combinação de fármacos pode atenuar a estimulação da zona de gatilho e atenuar a ocorrência de náuseas.</p>
--------	---

## REFERENCIAS:

- ALPENDRE FT; CRUZ EDA; DYNIEWICZ AM; MANTOVANI MF; SILVA AEBC; SANTOS GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25: e2907.
- FRANÇOLIN L, BRITO MFP, GABRIEL CS, MONTEIRO TM, BERNARDES A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev de Enf UERJ, 2012; 20 (1): 79-82.
- MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J.C. Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Disponível em: . Acessado em: abril de 2017.
- RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/>>. Acessado em: 20 agosto 2014.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 6ª ed. São Paulo: SOBECC; 2013.
- Diagnósticos de enfermagem da NANDA : definições e classificação 2015-2017 [recurso eletrônico] / [NANDA International] ; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. Porto Alegre : Artmed, 2015.
- SOUZA, Talita Monteiro de; CARVALHO, Rachel de; PALDINO, Camila Moreira. Diagnósticos, Prognósticos E Intervenções De Enfermagem Na Sala De Recuperação Pós-anestésica. Rev. SOBECC, São Paulo. out./dez 2012; 17(4): 33-47