

## **APLICABILIDADE CLÍNICA DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM NO PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA**

Luciana Ramos Correa Pinto, Silvia Daniela Minossi, Marcele Chisté, Michele Elisa Weschenfelder, Isis Marques Severo, Amália de Fátima Lucena  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A posição prona é uma terapêutica utilizada em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), tendo como complicação recorrente a lesão por pressão (LP). O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de lesão por pressão é frequentemente utilizado na prática clínica relacionado à imobilidade característica dessa posição. O reconhecimento dos DE prioritários e dos resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) fornece evidências e direciona a assistência para elaboração de plano de cuidado individualizado com base na Nursing Intervention Classification (NIC). Assim, a avaliação da pele por meio de resultados e indicadores da NOC é essencial. **Objetivo:** Testar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem NOC e seus indicadores associados ao DE Risco de lesão por pressão em paciente em posição prona. **Método:** Estudo de caso com um paciente crítico em posição prona com o DE Risco de LP. Construído instrumento contendo o resultado de enfermagem Integridade Tissular: pele e mucosa, com seis indicadores clínicos: eritema, hidratação, integridade da pele, perfusão tissular, necrose e espessura da ferida. Esses dois últimos excluiu-se da análise por não apresentarem relevância clínica para o paciente estudado. Os indicadores foram avaliados através de uma escala Likert: (1) representa dano grave e (5) nenhum dano. Para cada indicador foi realizada a definição operacional nos cinco níveis da escala Likert. Realizou-se avaliações em cinco momentos: uma hora antes da manobra, na sexta e décima segunda hora em prona, logo após retornar para posição supina e quatro horas após supinar. **Resultados:** Paciente masculino, vinte e dois anos, com Insuficiência Respiratória Aguda, evoluiu com SDRA e choque séptico. O indicador eritema não apresentou variação nas avaliações, mantendo ausência de eritema (likert 5). Perfusão tissular apresentou dano grave (likert 1) em todas avaliações. Hidratação evoluiu de ausência de dano (likert 5) na primeira avaliação para descamação furfurácea (likert 4) na quinta avaliação. Integridade de pele evoluiu de ausência de dano (likert 5) na primeira avaliação para isquemia (likert 2) na quarta e na quinta avaliação. **Conclusão:** Os quatro indicadores estudados se mostraram aplicáveis para a avaliação e acompanhamento da pele e dos fatores de risco para LP do paciente em prona. A utilização dos resultados e indicadores mostrou-se uma ferramenta acurada na prática assistencial, aprimorando a qualidade do cuidado. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Úlcera por pressão.