

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 1/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020 Versão: 2.0	Próxima revisão: 16/07/2022

1. OBJETIVOS

Deve ser considerada como estratégia/terapia para minimizar a hipoxemia refratária que necessitem de elevados valores de PEEP e FiO₂ para manter uma SaO₂ adequada, salvo em condições nas quais haja alto risco para complicações relativas à mudança de decúbito.

2. MATERIAL

- Carrinho de parada;
- Máscara facial;
- Ambú;
- Oxímetro;
- Seringa de 20 ml;
- Oxigênio;
- Caderço ou Esparadrapo para fixação do TOT;
- Estetoscópio;
- Aspirador;
- Sonda de aspiração;
- Placa de hidrocolóide (joelhos e ombros);
- Coxins (cabeça, ombro, joelhos, cintura escapular e pélvica).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

a) Definição da hora e da equipe (responsável médico, enfermeiro e fisioterapeuta)

O médico define a necessidade da realização da manobra e, junto do enfermeiro e do fisioterapeuta, a hora da realização. A equipe deve ser composta por no mínimo cinco membros: um médico, um fisioterapeuta, um enfermeiro e dois técnicos. No caso de pacientes com dreno de tórax, a equipe deve ser constituída por mais um membro, que é responsável pelos cuidados com o dreno e o seu frasco.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 2/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020 Versão: 2.0	Próxima revisão: 16/07/2022

b) Providenciar coxins (responsável: fisioterapeuta)

Uma vez definida a necessidade da manobra, o fisioterapeuta confecciona ou providencia os coxins para apoio da face, tórax, pelve, punho e região anterior das pernas.

c) Cuidados pré-manobra (responsável: enfermeiro)

- **Nutricionais:** Pausar a dieta e abrir a sonda nasoentérica;
- **Materiais:** Providenciar coxins; aproximar carro de parada cardiorrespiratória e caixa de intubação; testar material de aspiração e AMBU;
- **Gerais:** cuidados oculares e com a pele; revisar fixação dos dispositivos invasivos e curativos; pausar hemodiálise contínua (recircular e heparinizar cateter);
- **Vias aéreas:** aspirar vias aéreas; verificar fixação do cadarço; registrar comissura labial e pressão do balonete do tubo endotraqueal; pré-oxigenar com fração inspirada do oxigênio de 100% por 10 minutos;
- **Analgesia e sedação:** avaliar necessidade de repique de sedação e curarização (avaliar valor do Índice Bioespectral - BIS, quando disponível).

d) Reunião da equipe para execução da manobra

Na hora predeterminada pela equipe, todos os profissionais devem se reunir. O médico deve se posicionar na cabeceira do leito, para coordenar o giro e para prontamente reintubar o paciente, em caso de extubação acidental. O enfermeiro e o fisioterapeuta devem se postar a cada lado do tronco do paciente. Dois técnicos devem se posicionar a cada lado, junto das pernas do paciente. Em caso de paciente obeso, mais duas pessoas podem ser acrescentadas à equipe.

e) Realização da manobra

Higienizar as mãos conforme POP específico;

Realizar higiene brônquica com técnica asséptica e troca de fixação

Elevar a FiO₂ para 100% durante a rotação;

Selecionar a quantidade adequada de pessoal para a manobra e atribuir um profissional para assegurar que cateteres, drenos e conexões não sejam tracionados;

Posicionar o paciente na beirada do leito o máximo possível.

Virá-lo em decúbito lateral com o braço dependente (próximo ao leito) abaixo do tórax.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 3/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020 Versão: 2.0	Próxima revisão: 16/07/2022

No processo de transferência, o braço não dependente pode ser elevado acima da cabeça

Reposicionar o paciente no centro do leito

Posicionar a cabeça em direção ao ventilador mecânico e certificar que o tubo não foi tracionado

Colocar apoios de travesseiros/rolos/coxins na cintura pélvica e escapular para alívio da pressão sobre o abdômen

Apoiar a face e os ombros apropriadamente, evitando qualquer apoio na órbita ocular e orelha

Apoiar coxim sobre os joelhos, retirando a pressão sobre as patelas, e proteção com placas de hidrocolóide

Reposicionar os eletrodos nas costas do paciente e ajustar os drenos e cateteres quanto a conexões e funções

Mudar a posição da cabeça a cada duas a quatro horas

Mudar a posição dos braços, acima e abaixo da linha interescapular a cada 2 horas

Manter dieta enteral com volume menor

Certificar-se de que os olhos estão fechados

Avaliar toda a extensão da pele a cada turno, principalmente nas áreas de compressão e região ventral

Manter o posicionamento o tempo necessário desde que não existam sinais de sofrimento cutâneo ou outro órgão, atribuídos à posição prona

Monitorar a resposta à rotação com SpO2. Se houver dessaturação abaixo de 90% mantida após 10 minutos da rotação, retornar para posição supina

Manter a prona de 16 a 20 horas, com todos os cuidados adequados de proteção e monitorização

Coletar a gasometria após 01 hora de prona. Considerar o beneficiário como respondedor se a PaO2/FiO2 aumentar em 20 ou PaO2 aumentar em 10 mmHg

Retornar a posição supina se PCR, piora hemodinâmica grave, arritmias malignas ou suspeita de deslocamento da prótese ventilatória.

Realizar registro do tratamento e condutas no prontuário.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 4/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020	Próxima revisão: 16/07/2022
		Versão: 2.0	

f) Cuidados pós-manobra (responsável médico, enfermeiro e fisioterapeuta)

- **Médico:** checar o posicionamento do tubo endotraqueal pela ausculta pulmonar e comissura labial. **Fisioterapeuta:** checar a pressão do balonete do tubo; a posição dos coxins de pelve e tórax anterior, garantindo que o abdome esteja livre e posicionar os demais coxins: face (evitando lesão ocular e do pavilhão da orelha, e quebra do tubo endotraqueal), mão, e região anterior das pernas.

- **Enfermeiro:** checar a posição da cabeceira da cama em Trendelenburg reverso para reduzir o risco de aspiração. O dômus da pressão arterial invasiva e os eletrodos no tórax do paciente devem ser reposicionados. O membro superior é elevado em posição de nadador, com alternância a cada 2 horas, evitando a lesão do plexo braquial.

As drogas de infusão parenteral e hemodiálise, se presentes, são reiniciadas e reavalia-se o reinício da dieta enteral na segunda hora de prona, se não houver complicações.

g) Indicações e Contraindicações

- Indicações:

- Deve-se usar a posição prona precocemente (<48h) nos casos de SDRa com PaO₂/FiO₂ <150 por pelo menos 16 horas por sessão;
- Na SARA moderada ou grave usar a posição prona em pacientes que apresentem disfunção do Ventrículo Direito – Cor Pulmonale Agudo – moderado a grave, com hipoxemia controlada;
- Na SDRa moderada, após PEEP titulada, na impossibilidade de sustentar ventilação protetora: necessário Pressão de Distensão >15cmH₂O; FR > 35irpm; pH < 7,2. Evitar utilizar na SARA leve de forma rotineira.

- Contraindicações:

- Gestação (contraindicação relativa);
- Hipertensão intra-abdominal (contraindicação relativa);
- Hipertensão intracraniana;
- Fratura pélvica;
- Fratura de coluna;
- Peritoniostomia;
- Tórax instável;
- Instabilidade hemodinâmica grave;



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 5/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020	Próxima revisão: 16/07/2022
		Versão: 2.0	

- Equipe inexperiente.

4. REFERÊNCIAS

Ball C, Adams J, Boyce S, Robinson P. **Clinical guidelines for the use of the prone position in acute respiratory distress syndrome.** Intensive Crit Care Nurs. 2001;17(2):94-104.

Bryan AC. Conference on the scientific basis of respiratory therapy. **Pulmonary physiotherapy in the pediatric age group. Comments of a devil's advocate.** Am Rev Resp Dis. 1974;110(6 Pt 2):143-4.

Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT); 2013

Dirkes S, Dickinson S, Havey R, O'brien D. **Prone positioning: is it safe and effective?** Crit Care Nurs Q. 2012;35(1): 64-75.

Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, Clavel M, Chatellier D, Jaber S, Rosselli S, Mancebo J, Sirodot M, Hilbert G, Bengler C, Richecoeur J, Gannier M, Bayle F, Bourdin G, Leray V, Girard R, Baboi L, Ayzac L; PROSEVA Study Group. **Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome.** N Engl J Med. 2013;368(23):2159-68.

Oliveira VM, Piekala DM, Deponti GN, Batista DC, Minossi SD, Chisté M, et al. **Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona.** Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(2):131-141.

Rowe C. **Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults.** Nurs Crit Care. 2004;9(2):50-7.

Taccone P, Pesenti A, Latini R, Polli F, Vagginelli F, Mietto C, Caspani L, Raimondi F, Bordone G, Iapichino G, Mancebo J, Guérin C, Ayzac L, Blanch L, Fumagalli R, Tognoni G, Gattinoni L; **Prone Supine II Study Group. Prone positioning in patients with moderate and severe acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial.** JAMA. 2009;302(18):1977-84.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	20/05/2016	Elaboração do procedimento/rotina Posição PRONA na Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos.
2.0	16/07/2020	Trata-se da adequação ao novo modelo de elaboração e controle de documentos institucionais da EBSERH.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UTI.011 - Página 6/6	
Título do Documento	Posição PRONA	Emissão: 16/07/2020	Próxima revisão: 16/07/2022
		Versão: 2.0	

(Poderão ser incluídas no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Elaboração Erick Cesar de Farias Albuquerque	Data: 16/07/2020
Revisão Lívia Sayonara de Sousa Nascimento Lucrecia Maria Bezerra Sisleudo Cândido Soares	Data: 16/07/2020
Validação Lecidamia Cristina Leite Damascena	Data: 22/07/2020
Aprovação  Ciro Leite Mendes Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos CRM 4322 / SIME 1117407 HULW/UFPB - EBSERH	Data: 23/07/2020

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte