

# Posição Prona



- 1. INDICAÇÕES**
- 2. CONTRA-INDICAÇÕES**
- 3. PROCEDIMENTOS**
- 4. CUIDADOS**
- 5. FLUXOGRAMA**

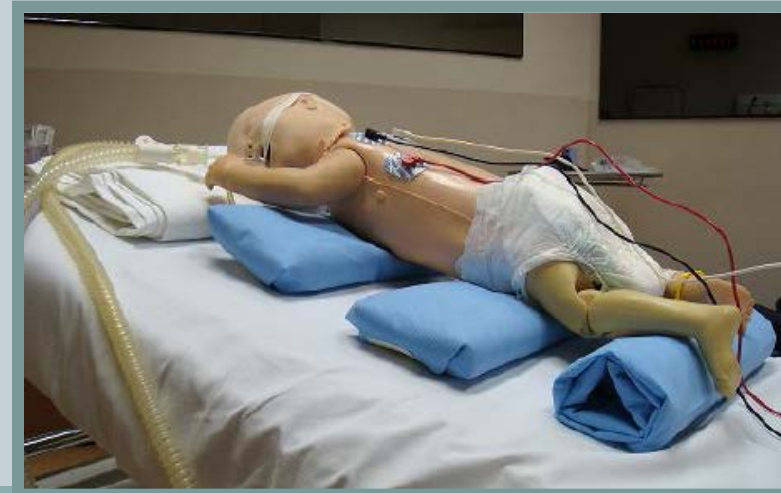


# 1. Indicações



Insuficiência respiratória aguda com hipoxemia persistente e necessidade de **FiO2 ≥ 60%** e **PEEP ≥ 10** para manter SaO2 ≥ 90%

- Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA)
- Lesão Pulmonar Aguda (LPA)
- Edema pulmonar
- Colapso alveolar



## 2. Contra-indicações



- Queimaduras ou ferimentos em face ou região ventral do corpo
- Instabilidade da coluna vertebral
- Esternotomia recente
- Edema pulmonar cardiogênico
- Arritmias graves
- Hipotensão grave
- Cirurgias abdominais recentes
- Síndrome compartimental abdominal
- Hipertensão intracraniana (contra-indicação relativa)

# 3. Procedimento



- **Posicionamento:** deve ser realizado por 4 pessoas:
  - 1º profissional (fisioterapeuta):** Permanecer na cabeceira do leito e ser responsável pela cânula traqueal
  - 2º profissional:** Responsável pelo cuidado de catéteres, drenos e conexões
  - 3º e 4º profissionais:** Posicionados um de cada lado do leito e responsáveis por virar o paciente para o decúbito lateral e, em seguida, para a posição prona
- **Tempo:**
  - Mínimo de 18 horas em posição prona
  - Intervalos conforme estabilidade
  - Máximo: não há limitação, salvo pela necessidade de cuidados gerais (ver item 4)

# 4. Cuidados

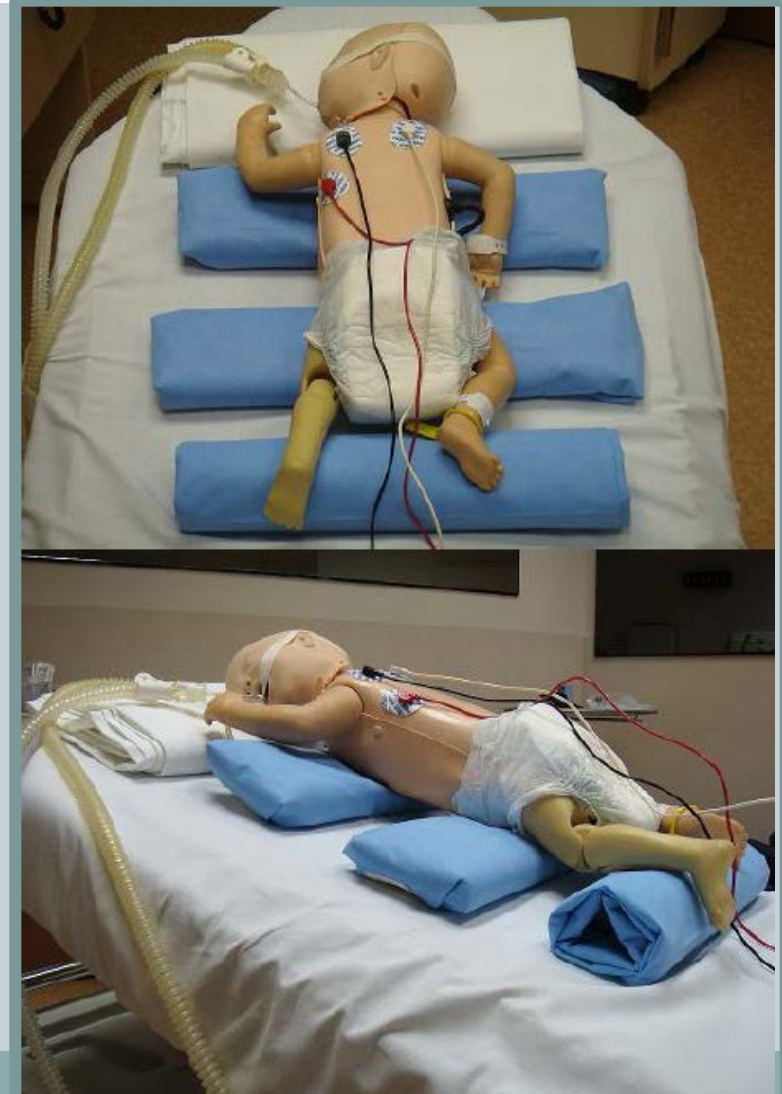


- Sedar o paciente
- Posicionar e fixar adequadamente a COT, verificando a posição através do RX tórax mais recente
- Manter a pressão do balonete da COT (*cuff*)  $\leq 20$  mmHg
- Ajustar os parâmetros ventilatórios para manter VC 6 ml/Kg e  $FiO_2$  suficiente para manter  $SaO_2 \geq 90\%$
- Manter a cama em proclive
- Colocar proteção sobre as proeminências ósseas e orelhas para proteger a pele
- Utilizar travesseiro na cabeça para permitir que a mesma fique ligeiramente superior ao tórax. A posição da cabeça deve ser modificada quando necessário (máximo de 4 horas), mantendo-a voltada para um dos lados alternadamente
- Utilizar coxins para evitar a compressão abdominal e hiperextensão de ombros e coxins pequenos para evitar o contato dos joelhos e dedos dos pés com a cama, evitando a hiperflexão dos joelhos
- Desconectar todos os acessos e catéteres antes da manobra
- Fixar os eletrodos para monitorização cardíaca no dorso do paciente

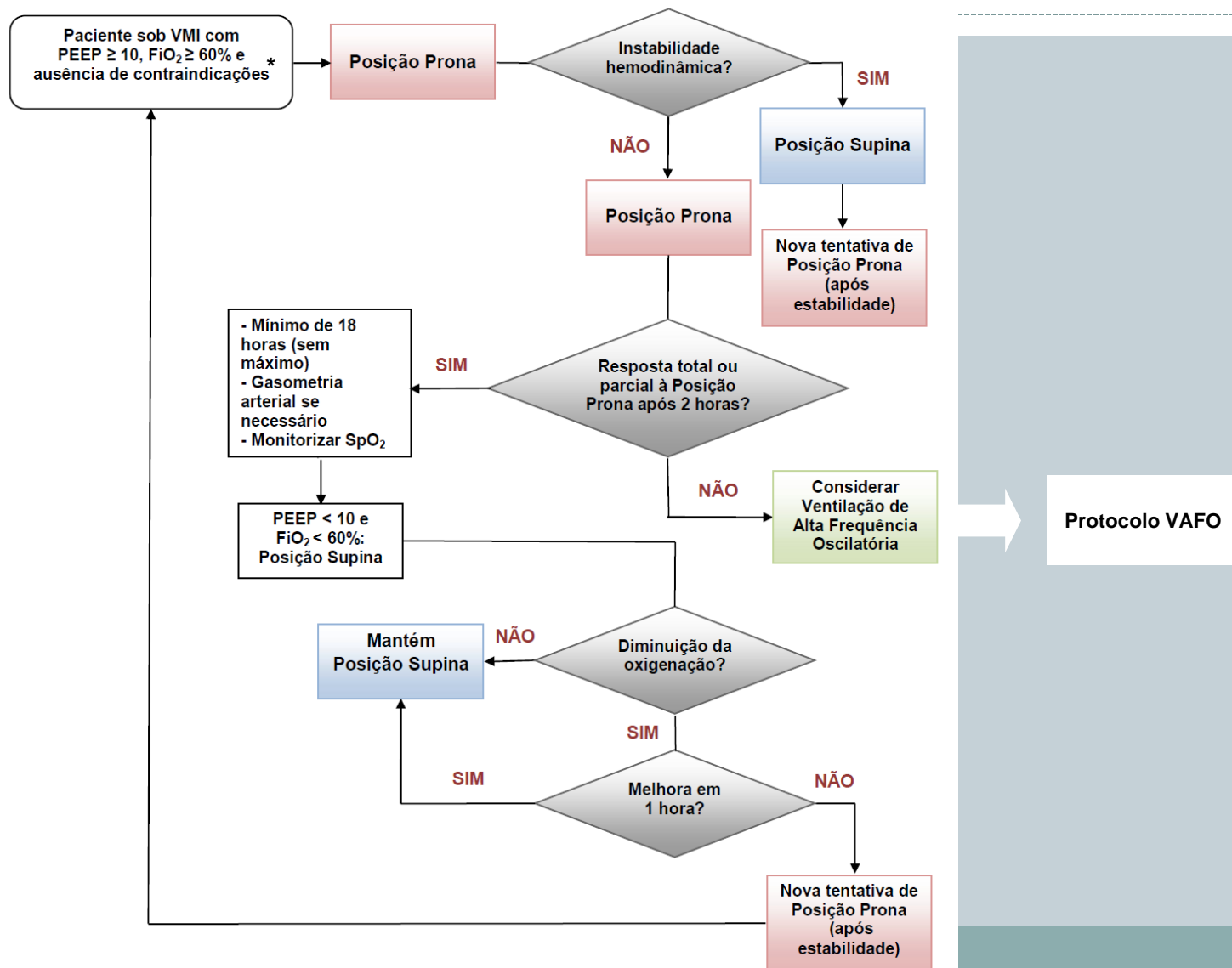
# 4. Cuidados



- Posicionamento de membros superiores: Um dos lados deve ficar em extensão e abdução de ombros associadas a semiflexão de cotovelos com posição neutra de antebraços e punhos (palma das mãos viradas para dentro) e o outro em flexão e abdução de ombros associadas a flexão de cotovelos com posição neutra de antebraços e punhos (palma das mãos viradas para cima)
- Posicionamento de cabeça: deve estar virada, preferencialmente, para o lado em que o ombro estiver fletido
- O posicionamento dos membros superiores deve ser alterado a cada 2 horas e o da cabeça quando necessário



# 5. Fluxograma



\* Na presença de contra-indicações: Considerar VAFO

# Referências



1. Fineman LD et al. Prone positioning can be safely performed in critically ill infants and children. *Pediatr Crit Care Med* 2006;7:413–422
2. Alsaghir AH & Martin CM. Effect of prone positioning in patients with acute respiratory distress syndrome: A meta-analysis. *Crit Care Med* 2008;36:603–609
3. Wells DA et al. Positioning for acute respiratory distress in hospitalised infants and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003645
4. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, Taccone P, Mascheroni D, Labarta V, et al. Effect of prone position on the survival of patients with acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2001;345(8):568-73
5. Santillanes G & Gausche-Hill M. Pediatric Airway Management. *Emerg Med Clin N Am* 2008;26:961–975.
6. Kornecki A, Frndova H, Coates AL, Shemie SD. A randomized trial of prolonged prone positioning in children with acute respiratory failure. *Chest* 2001;119:211-8
7. Curley MAQ, Thompson JE, Arnold JH. The effects of early and repeated prone positioning in pediatric patients with acute lung injury. *Chest* 2000;118:156-63
8. Fessler HE & Talmor DS. Should Prone Positioning Be Routinely Used for Lung Protection During Mechanical Ventilation? *Respiratory Care* 2010;55(1):88-99
9. Gattinoni L, Carlesso E, Taccone P, Polli F, Guérin C *et al.* Prone positioning improves survival in severe ARDS: a pathophysiologic review and individual patient meta-analysis. *Minerva Anesthesiol* 2010;76:448-54