

A PERCEPÇÃO DO FISIOTERAPEUTA SOBRE A POSIÇÃO PRONA NA SDRA

Naila Cardoso Chaves¹, André Augusto Rebello de Souza²

RESUMO:

A SDRA é uma das principais síndromes instaladas em unidades de terapia intensiva e há algum tempo vem se discutindo a melhor forma de ventilar pacientes acometidos por essa síndrome. A posição prona vem sendo apontada como estratégia promissora para melhora da relação ventilação/perfusão, diminuição da mortalidade e sobrevivência de pacientes. A atuação do fisioterapeuta tem sido de extrema importância do início ao fim da conduta e é importante que o profissional esteja ciente das decisões a serem tomadas a cerca da manobra.

OBJETIVO:

O objetivo, foi avaliar a percepção do fisioterapeuta em relação à posição PRONA em pacientes acometidos pela SDRA. Metodologia: Trata-se de estudo de caráter qualitativo por meio de questionário elaborado pelo próprio autor, embasado em artigos científicos coletados nas bases de pesquisas Pubmed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico. Fizeram parte da pesquisa 21 fisioterapeutas.

RESULTADO:

Os resultados mostraram que há grandes divergências dos fisioterapeutas quanto à manobra principalmente pela falta de conhecimento ou experiência. Conclusão: Conclui-se então que os profissionais precisam atualizar-se acerca das mudanças realizadas e sobre os critérios que são realizados para a aplicação da conduta.

Palavras-Chave: SDRA; Posição prona; fisioterapeuta

ABSTRACT:

ARDS is one of the main syndromes installed in intensive care units and for some time has been discussing the best way to ventilate patients affected by this syndrome. The prone position has been identified as a promising strategy to improve the ventilation / perfusion ratio, decrease in mortality and patient survival. The work of the physiotherapist has been extremely important from the beginning to the end of the behavior and it is important that the professional is aware of the decisions to be made about the maneuver.

OBJECTIVE:

The objective was to evaluate the physiotherapist's perception regarding the PRONA position in patients with ARDS. Methodology: This is a qualitative study using a questionnaire prepared by the author, based on scientific articles collected in

Pubmed, Scielo, Lilacs and Google Academic databases. 21 physiotherapists were part of the research.

RESULTS:

The results showed that there is a great divergence among physiotherapists regarding the maneuver, mainly due to the lack of knowledge or experience. Conclusion: It is concluded that professionals need to update themselves on the changes made and on the criteria that are performed for the application of the behavior.

Keywords: ARDS; Prone position; physical therapist

INTRODUÇÃO:

Descrita pela primeira vez em 1967 por Ashbaugh et al., a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) tem sido uma das principais síndromes de alta incidência no âmbito das unidades de terapia intensiva, apresentando um alto índice de mortalidade, morbidade e sequelas em longo prazo nos sobreviventes.

Em uma recente definição em 2012, o consenso de Berlim estratificou os pacientes com SDRA em três categorias: leve (PaO_2/FiO_2) 200-300 mmHg, moderada (PaO_2/FiO_2) 100-200 mmHg e grave (PaO_2/FiO_2) \leq 100 mmHg. A definição também inclui a estipulação da necessidade, para definição da utilização, de uma pressão mínima positiva ao final da expiração (PEEP) de 5cm de H_2O , que pode aumentar a oxigenação. Além disso, o reconhecimento de que a SDRA pode ser diagnosticada na presença de insuficiência cardíaca, um requisito que o quadro de insuficiência respiratório seja novo, ou pelo agravamento de doenças respiratórias crônicas, com uma evolução de 7 dias, e a inclusão de tomografia computadorizada (TC) de tórax como uma forma alternativa de imagem para a demonstração de infiltrados pulmonares são novidades relativamente recentes nas definições da SDRA.¹

Com a definição de Berlim, facilitou-se a acurácia diagnóstica frente a SDRA principalmente no que diz respeito à sua estratificação de gravidade e ao seu prognóstico, progressivamente pior, associado a esta classificação. Esta distinção permitiu que o uso da posição PRONA fosse aplicada de maneira oportuna e adequada.

A posição prona é uma das terapêuticas propostas para o tratamento da SDRA grave em pacientes que necessitam de elevados valores de pressão positiva expiratória final (PEEP) e FIO_2 para manter adequada saturação de oxigênio (SaO_2) e vem sendo estudada desde 1974, ganhando popularidade por

melhorar a hipoxemia em 70% dos casos.²

Nos últimos anos, o interesse pela posição prona ressurgiu com a publicação de um grande ensaio clínico randomizado, que demonstrou expressiva redução de mortalidade no grupo pronado,^(4,5) aumentando significativamente seu uso à beira do leito. O procedimento é seguro e de baixo custo, mas que exige trabalho em equipe e habilidade. Assim, centros com menos experiência podem ter dificuldade em gerir as complicações, mas protocolos e diretrizes que podem mitigar este risco. Relatos na literatura sugerem que a incidência de eventos adversos é significativamente reduzida na presença de uma equipe treinada e experiente, tornando a manobra segura.⁽⁶⁻¹⁰⁾

A abordagem depende da equipe multidisciplinar, porém o fisioterapeuta tem papel relevante na realização da manobra e é de extrema importância que o mesmo tenha conhecimento adequado sobre a manobra, incluindo: sinais clínicos, indicações, contraindicações e complicações.

POSIÇÃO PRONA:

O conceito da posição prona não é novo, mas só foi incorporada à prática clínica recentemente. Nos doentes em decúbito dorsal, a perda de volume pulmonar é dependente da gravidade, sendo a parte posterior do pulmão geralmente é melhor perfundida.¹⁶

A manobra é utilizada para minimizar a hipoxemia nos pacientes com SDRA através da melhora da oxigenação. Porém, seus mecanismos fisiológicos ainda não estão completamente esclarecidos. Essa conduta também é descrita por diversos autores como estratégia para evitar o desrecrutamento e sustentar os efeitos da manobra de recrutamento alveolar (MRA), se realizada sob as devidas condições e indicações.¹¹

Os primeiros estudos demonstrando os efeitos benéficos da posição prona surgiram em 1974 quando Bryan sugeriu que pacientes anestesiados e paralisados, posicionados em prona, poderiam apresentar melhor expansão das regiões dorsais do pulmão com consequente melhora da oxigenação. Desde então, muitos estudos vem tentando compreender a fisiologia dessa prática para tentar determinar seus benefícios clínicos

¹²⁻¹³

De acordo com o III Consenso de Ventilação Mecânica, a posição prona deve ser considerada em pacientes necessitando de elevados valores de PEEP e FIO_2 para manter adequada SaO_2 ou pacientes com LPA/SDRA grave, a menos que o paciente seja de alto risco para consequências adversas da mudança postural ou esteja melhorando rapidamente, caso o objetivo principal seja o de diminuir a lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, a posição prona deve ser utilizada o mais rápido possível, imediatamente após o diagnóstico de SDRA/LPA.²

O principal efeito fisiológico da posição prona é a melhora da oxigenação, que ocorre em cerca de 70% a 80% dos pacientes com SDRA, essa melhora pode ser atribuída a vários mecanismos que podem ocorrer isolados ou associados. Dentre eles, estão a diminuição dos fatores que contribuem para o colapso alveolar, a redistribuição da ventilação alveolar e a redistribuição da perfusão, reduzindo então o shunt pulmonar.^{11,14}

Um outro mecanismo que pode contribuir para a melhora da hipoxemia arterial é que, em posição prona, a drenagem de secreções se torna muito maior. Fato facilmente observado nas unidades de terapia intensiva.¹¹

Se considerada a utilização da posição prona em termos de diminuição de mortalidade os resultados de publicações não recomendam a sua utilização em todos os pacientes com SDRA pois segundo estudos a melhora da oxigenação não está relacionada diretamente com a diminuição dos índices de mortalidade, sugerindo, assim, que a oxigenação em si não é determinante na melhora da sobrevida dos pacientes submetidos à ventilação em posição PRONA, mas talvez em pacientes mais hipoxêmicos a sua aplicação possa ser benéfica. Como os efeitos secundários são mínimos, mesmo com esta dúvida preconiza-se que o método deva ser utilizada principalmente quando necessita-se de altas frações inspiradas de oxigênio.¹¹

MATERIAIS E MÉTODOS:

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa, através de estudo descritivo e transversal. A pesquisa foi realizada com 21 fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro.

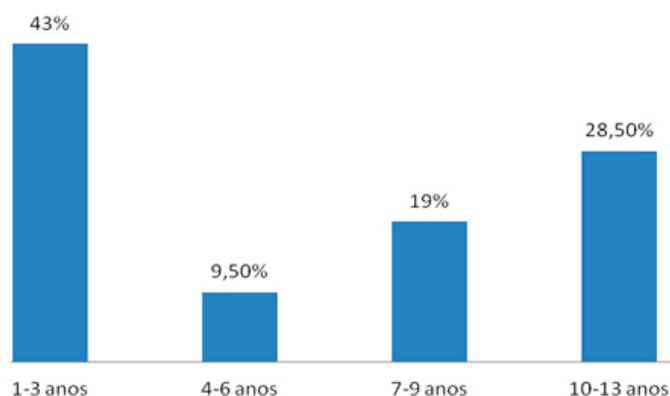
Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado o questionário sobre a percepção do fisioterapeuta sobre a posição prona na SDRA, elaborado pelo próprio autor, embasado em artigos científicos coletados nas bases de pesquisas Pubmed, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico, compostos por 2 questões, inicialmente, sobre tempo de formação e local de atuação, sendo pública ou privada. Seguidos posteriormente por 10 questões fechadas, formuladas a partir de estudos e artigos científicos, considerando: Utilização da conduta, benefícios, dificuldades, posicionamento, tempo, critérios e ocorrências. Os participantes poderiam marcar mais de uma opção.

Após análise, os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas, utilizando o Microsoft Excel 2010, onde o objetivo foi avaliar tais resultados e seus impactos na assistência para serem discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A primeira parte da análise amostral, apresenta informações sobre tempo de formação acadêmica em fisioterapia.

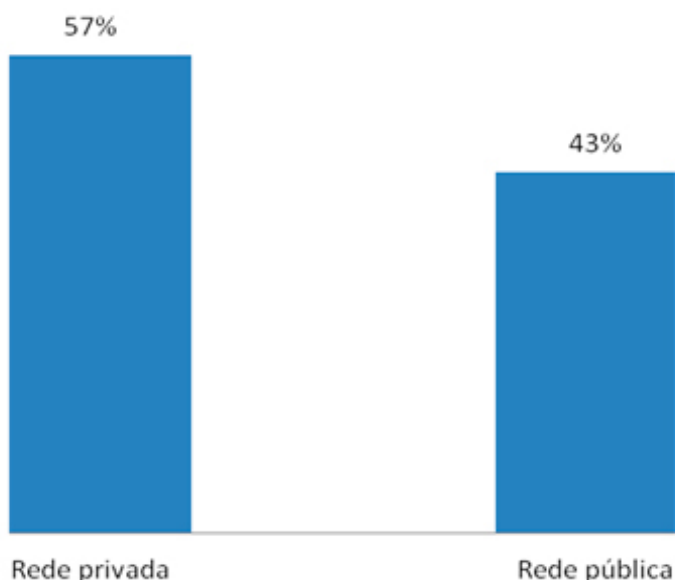
Gráfico 1. Tempo de formação em fisioterapia.



Fonte: Pesquisa atual 2018

O gráfico 2 apresenta informações sobre a rede de atuação dos fisioterapeutas, sendo pública ou privada.

Gráfico 2. Rede de atuação dos fisioterapeutas.



Fonte: Pesquisa atual 2018.

Em relação ao tempo de formação dos fisioterapeutas desta pesquisa, observou-se no gráfico 1 que 43% eram formados entre 1 a 3 anos, 28,5% entre 10-13 anos, 19% entre 7 e 9 anos e 9,5% entre 4 e 6 anos. No gráfico 2 mostrou-se que 57% dos fisioterapeutas desta pesquisa atuam em rede privada, quanto 43% atuam na rede pública.

Tabela 1. Conduta de pronação na SDRA grave.

Pronação como conduta pertinente na SDRA grave.	Nº 21	%
Sim	9	43
Não	12	57

Fonte: Pesquisa atual 2018.

A tabela 1 apresenta que 57% dos fisioterapeutas participantes desta pesquisa não optam pela conduta de pronação quando se trata de SDRA grave. 43% responderam que sim, optam pela pronação.

A maioria dos pacientes com SDRA responde à posição prona com melhora da oxigenação, que pode persistir após o retorno à posição supina.¹⁴ Em um estudo multicêntrico europeu prospectivo e randomizado em que foram estudados 136 pacientes sendo 60 mantidos em posição supina e 76 colocados em posição prona por cerca de 10 dias (17 h/dia), não se observou diferença de mortalidade entre os grupos. No entanto, os autores sugerem que uma redução dessa mortalidade, possa ser obtida quando a posição for aplicada precocemente e nos pacientes mais graves.¹⁵

Tabela 2. Contribuição da posição prona na SDRA

Contribuição da posição prona.	Nº 21	%
Minimiza hipoxemia através da melhora da oxigenação.	2	10
Mobilização secreções.	1	5
Reduz LPA associada a VM.	1	5
Distribui homogeneamente a Ventilação.	3	14
Todas as opções.	14	67

Fonte: Pesquisa atual 2018.

A tabela 2 apresenta os resultados quando o questionamento é sobre a contribuição da posição prona na SDRA. 67% dos fisioterapeutas responderam que todas as opções colocadas estavam corretas, enquanto 14% responderam apenas distribui homogeneamente a ventilação, 10% que apenas minimiza a hipoxemia através da melhora da oxigenação, 5% que apenas mobiliza secreções e outros 5% apenas reduz lesão pulmonar aguda (LPA) associada à ventilação mecânica.

O benefício mais importante da posição prona na SDRA sem dúvidas é a melhora da oxigenação, que pode ser associada a diversos mecanismos, dentre ele, está a diminuição das áreas de atelectasias que faz com que haja melhor distribuição da ventilação, reduzindo o shunt pulmonar, o que, somado à melhor distribuição da perfusão, leva a uma relação entre ventilação e perfusão mais homogênea, esclarecendo assim o sucesso da posição prona em melhorar da oxigenação.

Outro mecanismo que pode contribuir para a melhora da hipoxemia arterial é que, a drenagem de secreções se torna maior em posição prona devido ao recrutamento e a postura anti-gravitacional nas áreas que antes eram dependentes.¹⁰

O uso da posição prona permite melhor distribuição das forças trans-alveolares, reduzindo então a lesão induzida pelo ventilador.¹⁷

Um estudo de 2004 multicêntrico, controlado e randomizado envolvendo 791 pacientes adultos com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda ($PaO_2/FiO_2 < 300$) submetidos a ventilação mecânica para comparar posição prona e supina. Não houve diferença na mortalidade de 28 dias entre os grupos

prona e supina. No entanto, a oxigenação foi melhor no grupo prona e a incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica foi significativamente menor neste grupo.¹⁸

No ano seguinte, outro estudo avaliou 10 adultos com SDRA grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$) sob FiO_2 , PEEP e VC ajustados para manter a pressão de platô pulmonar abaixo de 30 cmH_2O . Os pacientes foram estudados em posição supina a 60°, depois foram colocados em prona e, por fim, novamente, em decúbito supino.

Os autores observaram redução de indicadores de estresse pulmonar parenquimatoso total e de tensão pulmonar com a posição prona. Este foi o primeiro estudo realizado em humanos que mostrou a possibilidade de redução de lesão pulmonar quando a posição prona foi adotada.¹⁹

Assim, atualmente, a posição prona faz parte das estratégias terapêuticas de proteção pulmonar, sendo maneira fisiologicamente apropriada para ser utilizada em pacientes com SDRA.

Tabela 3. Quando pronar o paciente.

Pronação após confirmação de SDRA/LPA.	Nº 21	%
Sim	11	52
Não	10	48

Fonte: Pesquisa atual 2018.

As informações da tabela 4 se refere a quando o fisioterapeuta deve adotar a manobra de pronação. 52% por cento dos fisioterapeutas responderam que se deve pronar o paciente após a confirmação de SDRA/LPA quando.

De acordo com o III Consenso de Ventilação Mecânica²⁰, a posição prona apresenta grau de recomendação A, devendo ser considerada em pacientes que necessitam de elevados valores de PEEP e FiO_2 para manter adequada saturação, ou pacientes com lesão pulmonar aguda (LPA) ou SDRA grave.

Caso o objetivo principal seja o de diminuir a lesão pulmonar induzida pela ventilação mecânica, a posição prona deve ser utilizada o mais rápido possível, imediatamente após o diagnóstico de SDRA/LPA

Tabela 4. Atribuições do fisioterapeuta na conduta de pronação.

Atribuições do fisioterapeuta na pronação: Posicionar o paciente corretamente, realizar higiene brônquica e assistência ventilatória.	Nº 21	%
Sim	20	95
Não	1	5

Fonte: Pesquisa atual 2018.

Em relação as atribuições do fisioterapeuta, a maioria respondeu que é de responsabilidade do fisioterapeuta da equipe o posicionamento correto do paciente, a realização da higiene brônquica e assistência ventilatória.

A intervenção fisioterapêutica intensiva é um fator diferencial durante a prona, pela possibilidade de fisioterapia 24 horas já que devido a postura há uma grande mobilização de secreções.²² Uma vez definida a necessidade da manobra, o fisioterapeuta é o responsável pela confecção ou providência os coxins.¹¹

O fisioterapeuta tem importante participação, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à intubação, evolução do paciente durante a ventilação mecânica, interrupção e desmame do suporte ventilatório e extubação.²³

Tabela 5. Presença da equipe multidisciplinar.

Presença da equipe multidisciplinar na conduta de pronação.	Nº 21	%
Sim	10	48
Não	11	52

Fonte: Pesquisa atual 2018.

A tabela 5 mostra que 52% dos fisioterapeutas responderam que não há presença da equipe multidisciplinar na manobra de pronação, enquanto 48% que sim, há presença da equipe multidisciplinar.

A manobra de pronação, deve ser feita por equipe e com cautela para evitar possíveis intercorrências. O estudo com a proposta de um Checklist diz que a equipe deve ser composta por seis membros: um médico, um fisioterapeuta, um enfermeiro e dois técnicos, além de um fisioterapeuta/ ou enfermeiro/ou técnico que é o responsável pela leitura e checagem de todos os itens do checklist.¹¹

Outro estudo propõe a necessidade de quatro pessoas para o posicionamento do paciente. Uma deverá permanecer na cabeceira do leito e será responsável pelo tubo endotraqueal.

É aconselhável que esteja preparada para realizar aspiração da cânula, visto que ocorre abundante drenagem de secreção após o posicionamento em prona. Uma segunda pessoa ficará encarregada de cuidar para que cateteres, drenos e conexões não sejam tracionados.

E a terceira e quarta pessoas, posicionadas uma de cada lado do leito, serão responsáveis por virar o paciente, primeiramente para o decúbito lateral, e em seguida para a posição prona.¹⁰

Tabela 6. Dificuldade do fisioterapeuta na conduta de prona-

ção.

Dificuldade do fisioterapeuta quanto à pronação.	Nº 21	%
Ausência de apoio da equipe multidisciplinar.	11	52
Ausência de informações sobre a conduta.	1	5
Ausência de experiência da equipe.	7	35
Paciente de grande peso.	3	14
Não há dificuldades	1	5

Fonte: Pesquisa atual 2018.

A tabela 6 apresenta os resultados sobre dificuldades enfrentadas pelo fisioterapeuta quanto à pronação. 52% responderam que a ausência da equipe multidisciplinar era a maior dificuldade, 35% que a ausência de experiência da equipe, 14% Pacientes de grande peso e apenas 10% tiveram respostas divergentes.

Como já abordado anteriormente, a conduta de pronação deve ser realizada por equipe e com cautela. As Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica de 2007, recomenda a contra indicação em caso de equipe inexperiente.

Alguns outros estudos apenas citam que pacientes obesos podem se mostrar como critério de dificuldade para equipe, porém, não nenhuma contra indicação em relação a manobra de pronação nesses pacientes.

Tabela 7. Posição correta de membros que o fisioterapeuta deve manter na conduta de pronação.

Posição correta de membros.	Nº 21	%
Membros superiores estendidos ao lado do corpo do paciente e cabeça lateralizada.	5	24
Membros superiores em posição biomecânica de elevação da caixa torácica e cabeça lateralizada, sem coxins para evitar úlceras de pressão.	0	0
Membros superiores estendidos ao lado do corpo do paciente, cabeça lateralizada pequenos coxins em grandes articulações e cinturas.	3	14
Membros superiores em posicionamento biomecânico de elevação de caixa torácica, cabeça lateralizada e pequenos coxins em grandes articulações e cinturas.	13	63
Membros superiores estendidos ao lado do corpo e cabeceira elevada em 45°.	0	0

Fonte: Pesquisa Atual 2018.

Sobre o posicionamento correto dos membros na pronação, 63% dos participantes responderam que o correto é posicionar o paciente com membros superiores em posicionamento biomecânico de elevação de caixa torácica, cabeça lateralizada e pequenos coxins em grandes articulações e cinturas, 24% que o correto é posicionar membros superiores estendidos ao lado do corpo do paciente e cabeça lateralizada e 14% que é correto posicionar membros superiores estendidos ao lado do corpo do paciente, cabeça lateralizada pequenos coxins em grandes articulações e cinturas. A maioria reasaltou a importância de coxins em grandes articulações.

Em uma publicação de 2005 foi ressaltado a importância da posição correta dos membros, sendo os membros superiores num posicionamento biomecânico de elevação de caixa torácica, colocar pequenos coxins nas grandes articulações, evitando a sobrecarga de peso e nas cinturas para dar espaço para expandibilidade dinâmica do tórax e cabeça lateralizada por causa do tubo oro traqueal que ser trocada a cada 2 horas.²² Em 2005 também surgiu o estudo, descrevendo que os braços devem ser posicionados ao longo do corpo, com a cabeça voltada para um dos lados e que não é necessário que se faça suspensão abdominal, já que este procedimento não traz nenhuma vantagem sobre a resposta positiva da posição.¹⁰

Como abordado anteriormente, em 2017 foi publicado a implementação de um Checklist como ferramenta de auxílio na manobra de pronação. O Checklist propõe que deve se posicionar coxins em pelve e tórax anterior, garantindo que o abdômen esteja livre, e posicionar demais coxins: face (evitando lesão ocular e do pavilhão da orelha, e quebra do tubo endotraqueal), mão, e região anterior das pernas. Posição da cabeceira da cama (Trendelenburg reverso), reduzindo o risco de aspiração. O membro superior é elevado em posição de nadador, com alternância a cada 2 horas, evitando a lesão do plexo braquial. Deve-se aliviar pontos de pressão, principalmente em cristas ilíacas e joelhos.⁹

Tabela 8. Tempo máximo de aplicação.

Tempo máximo	Nº 21	%
2 horas	5	24
6 horas	0	0
8 horas	3	14
10 horas	13	63
Não há nenhum consenso sobre tempo máximo.	0	0

Fonte: Pesquisa Atual 2018.

Em relação ao tempo máximo de aplicação da prona, 48% dos participantes responderam que não há consenso sobre o tempo de aplicação, enquanto 38% responderam que 2h horas é o tempo máximo de aplicação e 24% responderam 6h.

Não existe um consenso a respeito do tempo ideal para manter o paciente em posição prona. O que a maioria dos trabalhos tem em comum é uma resposta mais significativa na oxigenação nas duas primeiras horas com alguns pequenos acréscimos nas quatro horas seguintes.

Há grupos que a aplicam por quatro, seis e dez horas, e recentemente tem sido empregada continuamente. Muitas vezes necessitamos manter o paciente em posição prona continuamente, pois, quando o recolocamos na posição supina, ocorre nova deterioração gasométrica. O que se leva em consideração é a resposta encontrada na fase precoce da SDRA e, por isso, preconiza-se manter o paciente em posição prona pelo maior tempo possível, até a estabilização do quadro, e então retorná-lo para a posição supina, para avaliar se há necessidade de retornar à posição prona.¹⁰

Entretanto, a recomendação das Diretrizes de ventilação mecânica 2013, é que deve-se manter a prona de 16 a 20 horas, com todos os cuidados adequados de proteção e monitorização.

Tabela 9. Critérios de exclusão absoluta para a conduta de pronação.

Critérios de exclusão absoluta para pronação.	Nº 21	%
Instabilidade hemodinâmica e HIC.	3	14
Gestação e ferimentos da face.	13	62
Fístula broncopleurálica e queimaduras.	0	0
Hipotensão e arritmias graves.	1	5
Não existe contra-indicações absolutas.	4	19

Fonte: Pesquisa Atual 2018.

A tabela 9 está relacionada a critérios de exclusão absoluta para a conduta de pronação. 62% dos fisioterapeutas participantes responderam que é critério de exclusão absoluta gestação e ferimentos na face, 19% que não existe contra-indicação absoluta, 14% marcaram Instabilidade hemodinâmica e hipertensão intracraniana e 5% hipotensão grave e arritmias.

Há ainda uma grande discussão entre autores quando se fala de contra indicações. Alguns estudos afirmam que não existem contra indicações absolutas para a realização da posição prona. No entanto, existem situações que podem constituir problema a sua realização, como instabilidade hemodinâmica grave, presença de drenos na região anterior do tórax ou abdômen, edema cerebral ou hipertensão intracraniana, esternotomia recente, presença de lesões vértebro-medulares, edema pulmonar cardiogênico, hemorragia alveolar, cirurgias abdominais recentes, gestantes, extensas lesões de pele e síndrome compartimental abdominal. Além disso, casos de queimadura na face ou região ventral do corpo.^{10,21}

Tabela 10. Posição de iniciação de Ressuscitação cardiopulmonar em caso de parada cardiopulmonar na conduta de pronação.

PCR em prono, RCP deve ser iniciada em prono?	Nº 21	%
Sim	4	19
Não	17	81

Fonte: Pesquisa atual 2018.

Em caso de parada cardiorespiratória em prono, a maioria dos entrevistados responderam que a manobra de ressuscitação cardiopulmonar não deve ser iniciada em prono.

Estudos a respeito desse assunto são de difícil realização, na literatura há pouquíssimos relatos de caso. A frequência de PCR em prono é desconhecida e o tempo de PCR é o principal determinante do resultado final.

Segundo a American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 2010 (AHA), Quando o paciente não pode ser colocado em supino, pode ser iniciada a RCP em prono, particularmente em pacientes hospitalizados com uma via aérea avançada. Na atualização da AHA 2017 não há nenhuma informação sobre.

Em 2012 foi publicado um artigo sobre o relato de uma reanimação cardiopulmonar no Hospital Federal da Lagoa de sucesso durante um procedimento neurocirúrgico. Paciente sexo feminino, 77 anos, durante a cirurgia teve choque hemorrágico, pelo rompimento do seio sagital, levando-a a uma parada cardiorespiratória por hipovolemia. A RCP foi prontamente iniciada em prono, depois de 2 minutos houve a circulação espontânea. O autor afirma que a paciente teve alta sem sequelas, concluindo então a efetividade das compressões em prono, sendo capazes de gerar débito cardíaco suficiente.²⁴

CONCLUSÃO:

A posição prona é uma manobra que pode ter um impacto significativo na fisiologia respiratória e é proveitoso para a maioria das unidades de terapia intensiva. Apoiado por evidências científicas robustas, sua implementação deve ser considerada em um grupo seletivo de pacientes que se beneficiariam em termos de mortalidade.

Com base na proposta estudada, foi possível observar o conhecimento do fisioterapeuta e as divergências a respeito da manobra de pronação na SDRA. Conclui-se com este estudo que os profissionais precisam atualizar-se acerca das mudanças realizadas e sobre os critérios necessários para a aplicação da conduta, pois a mesma deve fazer parte do protocolo e deve ser realizada por equipe devidamente treinada, adaptado às particularidades de cada instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Acute Respiratory Distress Syndrome :The Berlin. Definition. JAMA, June 20, 2012—Vol 307, No. 23.
2. Amato MBP, Carvalho CRR, Vieira S, Isola A, Rotman V, Mook M, et al. Ventilação mecânica na lesão pulmonar aguda / síndrome do desconforto respiratório agudo. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(3):374-83.
3. Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, Clavel M, Chatterlier D, Jaber S, Rosselli S, Mancebo J, Sirodot M, Hilbert G, Bengler C, Richecoeur J, Gainnier 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.
4. 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.
5. Lee JM, Bae W, Lee YJ, Cho YJ. The efficacy and safety of prone positional ventilation in acute respiratory distress syndrome: updated studylevel meta-analysis of 11 randomized controlled trials. Crit Care Med. 2014;42(5):1252-62.
6. Girard R, Baboi L, Ayzac L, Richard JC, Guérin C; Proseva trial group. The impact of patient positioning on pressure ulcers in patients with severe ARDS: results from a multicentre randomised controlled trial on prone positioning. Intensive Care Med. 2014;40(3):397-403.
7. Sud S, Friedrich JO, Adhikari NK, Taccone P, Manebo J, Polli F, et al. Effect of prone positioning during mechanical ventilation on mortality among patients with acute respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2014;186(10):E381-90. Review.
8. Gattinoni L, Taccone P, Carlesso E, Marini JJ. Prone position in acute respiratory distress syndrome. Rationale, indications, and limits. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(11):1286-93.
9. Oliveira VM, Piekala DM, Deponti GN, Batista DC, Minosi SD, Chisté M, Bairros PM 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
10. Paiva KCA, Beppu OS. Posição prona. J Bras Pneumol. 2005;31(4):332-40.
11. Horikawa FY. Posição prona na síndrome da angústia respiratória aguda. Fisioterapia Especialidades. 2007; 1 (1): 36-43
12. Martínez, O; Nin, N; Esteban, A. Prone position for the treatment of acute respiratory distress syndrome: A review of current literature. Arch Bronconeumol. 2008; 45 (6): 291-296.
13. Langer M, Mascheroni D, Marcolin R, Gattinoni L. The prone position in ARDS patients. A clinical study. Chest. 1988;94(1):103-7.
14. Ward NS. Effects of prone position ventilation in ARDS. An evidence-based review of the literature. Crit Care Clin. 2002;18(1):35-44.
15. Mancebo J, Fernandez R, Blanch L, Rialp G, Gordo F, Ferrer M, et al. A multicenter trial of prolonged prone ventilation in severe acute respiratory distress syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2006;173(11):1233-9.
16. Antoniazzi, P.; Júnior, G. A. P.; Marson, F.; Abeid, M.; Baldisserotto, S.; Filho, A. B. Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA). Simpósio: Medicina Intensiva II, Ribeirão Preto , v. 31, p. 493-506, 1998.
17. Marini JJ. How to recruit the injured lung. Minerva Anestesiol. 2003;69(4):193-200.
18. Guérin C, Gaillard S, Lemasson S, et al. Effects of systematic prone positioning in hypoxemic acute respiratory failure: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 292: 2379-2387
19. Mentezepoulos SD, Roussos C, Zakynthinos E. Prone position reduces lung stress and strain in severe acute respiratory distress syndrome. Eur Resp J 2005; 25: 1046-1056
20. III Consenso brasileiro de Ventilação Mecânica. 2007.
21. Costa DC, Rocha E, Ribeiro TF. Associação das manobras de recrutamento alveolar e posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo. Rev. bras. ter. intensiva 2009,21 no.2
22. Ultra RB. Manual prático para intervenção fisioterapêutica na síndrome da angústia respiratória aguda – SARA. 2005;108-109.
23. Jerre G, Beraldo MA, Silva TS, Gastaldi A, Kondo C, Leme F, et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. III consenso brasileiro de ventilação mecânica. 2007;19(3):399-407
24. Gomes DS, Besort CDA. Cardiopulmonary Resuscitation in the Prone Position. Open Journal of Anesthesiology. 2012;02(05):199-201