



### Procedimento de Posicionamento Prono: Paciente Intubado

- A. Pessoal
  - 1. 3 enfermeiros
  - 2. 1 fisioterapeuta respiratório
  - 3. Médico intensivista (deve ser notificado antes do reposicionamento)
- B. Equipamento necessário
  - 1. Leito de terapia intensiva
  - 2. Lençol plano
  - 3. Almofadas para posicionamento
  - 4. Bolsa de fluidos intravenosos de 1000 ml (remova 250 ml de fluido para usá-la como travesseiro facial)
- C. Antes de reposicionar
  - 1. Explique o procedimento ao paciente e à família.
  - 2. Reúna a equipe para discutir o processo.
    - i. atribui funções
    - ii. Monte equipamentos
    - iii. Certifique-se de que as tarefas e procedimentos que não podem ser executados em decúbito ventral (por exemplo, tomografia computadorizada, colocação do tubo de alimentação, ecocardiografia) tenham sido realizados antes do reposicionamento.
  - 3. Verifique se o equipamento de emergência está disponível.
  - 4. O uso de bloqueador neuromuscular não é necessário, mas o paciente deve estar bem sedado antes do reposicionamento.
  - 5. Um mínimo de 4 pessoas deve estar presente, uma das quais é o fisioterapeuta respiratório.
  - 6. Verifique se o tubo orotraqueal (TOT) está bem posicionado e bem fixado. Remova cânula orofaríngea para minimizar a ruptura da pele. Se o ventilador estiver à esquerda do paciente, o TOT deve ser fixado no lado direito da boca e vice-versa, antes do reposicionamento.
  - 7. Verifique os sinais vitais, pré-oxigene com 100% de FiO<sub>2</sub> por 3 minutos e aspire o TOT e orofaringe.
  - 8. Prepare o paciente para reposicionamento.



- i. Interrompa o dispositivo, os fluidos intravenosos e a compressão pneumática, se não forem necessários durante o reposicionamento.
  - ii. Oclua a sonda nasogástrica ou orogástrica e interrompa alimentação. Sugere-se alimentação pós-pilórica para reduzir o risco de aspiração.
  - iii. Prepare todas as linhas e tubos para colocação antes do reposicionamento. As linhas do paciente e os tubos serão localizados no lado oposto da cama após o reposicionamento. Mova as bombas e tubos IV para os pés da cama para evitar que o paciente fique deitado nas linhas durante o reposicionamento.
  - iv. Pode ser necessário colocar curativo de espuma em proeminências ósseas para proteger a pele de ruptura.
  - v. Coloque gel de lubrificação ocular nos dois olhos para proteger a córnea da abrasão. Se não conseguir manter as pálpebras na posição fechada, elas podem precisar ser fechadas com fita adesiva.
9. Remova todos os equipamentos de monitoramento antes de reposicionar. Os adesivos de ECG precisarão ser removidos do tórax do paciente e colocados nas costas do paciente. Lembre-se de substituí-los no tórax após o reposicionamento.

#### D. Reposicionamento

1. Com a cama ajustada para insuflação máxima, puxe o paciente para um lado da cama, em direção ao ventilador. Sempre vire o paciente na direção do ventilador.
  2. Coloque um novo lençol na lateral da cama, em frente ao paciente (lado do ventilador). Um terço do lençol deve ser dobrado sob o paciente. Esse será o lençol limpo que é puxado sob o paciente para ajudar no reposicionamento.
  3. O fisioterapeuta deve estar posicionado na cabeceira da cama para monitorar as vias aéreas e o tubo orotraqueal durante o reposicionamento.
  4. Os enfermeiros devem estar posicionados em cada lado do paciente.
  5. Incline o paciente de um lado, virando-o para o ventilador, com o rosto do paciente voltado para o ventilador. O braço ao lado do colchão deve estar dobrado ao lado do corpo.
  6. Verifique novamente todas as linhas e aspire novamente as vias aéreas, se necessário.
  7. Continue virando o paciente completamente, em direção ao ventilador, para a posição de bruços.
- Use o novo lençol para recostar o paciente. Descarte o lençol antigo.
8. Posicione a cabeça do paciente no travesseiro, com o rosto do paciente voltado para o ventilador. Verifique novamente o TOT e os sons da respiração.



9. Posicione o paciente no centro da cama usando o lençol. Eleve o paciente usando o lençol para colocar o travesseiro ou travesseiros sob a linha do mamilo, permitindo que a cabeça do paciente penda livremente.
  10. Posicione os braços do paciente na posição de nadador. O braço próximo ao ventilador deve ser posicionado em direção à cabeceira da cama. Uma mesa na cabeceira e os travesseiros podem ser usados para posicionar este braço se não puder ser colocado em uma posição ascendente em direção à cabeceira da cama. O braço oposto deve ser posicionado em direção ao pé da cama.
  11. Coloque o paciente na posição reversa de Trendelenburg com rotação lateral do corpo e travesseiros sob a lateral do paciente com o braço para cima. Isso atenua o risco de aspiração e reduz a pressão do tórax a partir do conteúdo abdominal e melhora a drenagem venosa que pode reduzir o risco de edema facial e palpebral.
  12. Para minimizar a ruptura da pele e facilitar a expansão pulmonar, coloque travesseiros sob as pernas para proporcionar flexão suficiente para que os dedos flutuem da superfície do leito. Garantir que o abdômen do paciente não crie pressão no diafragma; um acolchoamento nos quadris e ombros com travesseiros pode ser necessário para permitir que o abdômen penda ao invés de comprimir o tórax.
  13. Substitua os eletrodos de ECG e reinstale o equipamento de monitoramento. Reavalie os sinais vitais.
  14. Avalie as alterações nos parâmetros ventilatórios e oxigenação, possível mau posicionamento ou torção do TOT e necessidade de sucção após o reposicionamento.
  15. Reconecte os tubos de alimentação nasogástrica e orogástrica, acessos IV e outros equipamentos. Certifique-se de que os tubos e o equipamento não estejam sob o paciente, para evitar lesões na pele e compressão de qualquer dispositivo.
  16. Reposicione o corpo, as extremidades e a cabeça a cada 2-4 horas (posição de nadador) para minimizar o risco de lesões na pele e edema. Avalie a pele, se possível, procurando áreas de vermelhidão e ruptura.
  17. O médico determinará a duração da posição prona, dependendo da tolerância do paciente. Recomenda-se que paciente seja virado a cada 8 a 12 horas para a posição supina para avaliar ruptura da pele.
  18. A mudança no estado respiratório pode levar de 10 a 15 minutos após colocar o paciente em decúbito ventral.
- O paciente também pode descompensar no posicionamento prono.
19. Se o paciente descompensar para parada cardíaca ou piorar o estado respiratório, reposicione rapidamente na posição supina.



### E. Voltando à posição supina

1. Explique o procedimento ao paciente e à família.
2. Verifique os sinais vitais, pré-oxigene com 100% de  $\text{FiO}_2$  por 3 minutos e aspirar o TOT e orofaringe.
3. Prepare todas as linhas e tubos antes de reposicionar da mesma maneira que foram preparados antes de colocar o paciente em decúbito ventral.
4. Puxe o paciente até a lateral da cama, em frente ao ventilador. Ajuste a cama para insuflação máxima.
5. Repita o procedimento de rotação conforme descrito acima.
6. Continue virando o paciente até a posição supina no centro da cama.
7. Avalie os sinais vitais, oxigenação e ventilação.
8. Reavalie a posição e funcionamento de todas as linhas e tubos e substitua os eletrodos de ECG no tórax do paciente.
9. Reavalie a pele para avaliar áreas de pressão, identificando áreas para proteção antes de retornar o paciente à posição prona.