

POSIÇÃO PRONA COMO MANOBRA TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DA SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA EM GESTANTE: UM RELATO DE CASO

PRONE POSITION AS A THERAPEUTIC MANAGEMENT FOR TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Julia de Paula Cordeiro ^{1*}, Kauana Rotta¹, Eduardo Bressanim¹, Itamar Regazzo², Rafael Rauber³

¹Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, ²Médico Intensivista, ³Doutor em Biologia Celular e Molecular e docente do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz

*Autor correspondente: juliadepaulac@outlook.com

DOI: 10.35984/fjh.v2i2.196

RESUMO

A Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) é um quadro clínico muito prevalente em ambiente hospitalar, caracterizada por hipoxemia grave e refratária ao uso de oxigênio, necessitando de ventilação mecânica assistida como suporte terapêutico. É uma inflamação na membrana alveolar que pode ser desencadeada por fatores pulmonares ou extrapulmonares, tendo assim, várias possíveis etiologias. A posição prona é uma estratégia terapêutica utilizada naqueles pacientes em que o tratamento inicial não está tendo resposta adequada. Por meio deste relato será analisado o caso clínico de uma gestante diagnosticada com SARA grave que foi submetida a posição prona, abordando desde o histórico clínico inicial, diagnóstico e evolução da paciente diante do uso desta terapêutica.

Palavras-chave: posição prona. gestante. SARA. ventilação mecânica. UTI.

ABSTRACT

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) is a very prevalent clinical condition in the hospital environment, characterized by severe and refractory hypoxemia, requiring assisted mechanical ventilation as a therapeutic support. It is an inflammation in the alveolar membrane that can be triggered by pulmonary or extrapulmonary factors, thus having several possible etiologies. The prone position is a therapeutic strategy used in those patients whose initial treatment is not having adequate responses. This report will analyze the clinical case of a pregnant woman diagnosed with severe ARDS who was submitted to a prone position, addressing from the initial clinical history, diagnosis and evolution of the patient regarding the use of this therapy.

Keywords: prone position. pregnant. ARDS. mechanical ventilation. ICU.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) foi descrita pela primeira vez no ano de 1967, segundo Gibson (2013), e até hoje é considerada um desafio para a prática médica, devido a sua alta taxa de mortalidade (34% a 60%)(AMATO, 2007). Amato afirma ser uma síndrome bastante presente nas unidades de terapia intensiva (UTI) do mundo todo, tendo uma incidência de 79 casos por 100 mil

habitantes ao ano, considerando que, este número pode sofrer alterações dependendo da sazonalidade e faixa etária.

Além disso, atualmente estima-se que para o tratamento de um paciente com diagnóstico de SARA, utiliza-se 5% de toda ventilação hospitalar por dia, traduzindo um valor de aproximadamente 115.000 dólares por internação (SCHOLTEN, 2017). Também chamada de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), a SARA é caracterizada por uma hipoxemia grave e refratária ao uso de oxigênio, necessitando de ventilação mecânica assistida como suporte terapêutico (GIBSON, 2013).

Consiste em uma inflamação aguda e difusa da membrana alveolar em resposta a fatores pulmonares ou extrapulmonares. Como consequência, tem-se o aumento da permeabilidade vascular e do peso pulmonar, redução do parênquima aerado e da quantidade e qualidade do surfactante, atelectasia e redução da complacência pulmonar (AMATO, 2007). Além de hipoxemia grave, a síndrome manifesta-se através de dispneia profunda, esforço respiratório com tiragem intercostal, taquipneia e presença de estertores na ausculta pulmonar (PAPADAKIS, 2015).

Para diagnóstico, utiliza-se as Definições de Berlim, que a define como uma síndrome de instalação abrupta, de até uma semana após um insulto clínico definido ou a partir da piora progressiva de sintomas respiratórios. Além disso, devem estar presentes infiltrados bilaterais compatíveis com edema pulmonar, podendo ser detectados por radiografia de tórax ou tomografia computadorizada. Cabe ressaltar que a insuficiência respiratória na SARA não pode ser justificada completamente por origem cardíaca ou sobrecarga de fluídos (BAFI, 2013).

A síndrome pode ser classificada de acordo com sua gravidade a partir da análise da relação da PaO_2/FiO_2 . Tendo três classificações: SARA leve ($200 \text{ mm Hg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ com PEEP ou CPAP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$), moderada ($100 \text{ mm Hg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ com PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$) e severa ($PaO_2/FiO_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ com PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$) (GIBSON, 2013). O plano terapêutico realizada em pacientes com SARA é através da identificação e tratamento de possíveis fatores desencadeantes, além disso, é de suma importância garantir o suporte ventilatório através da ventilação mecânica (VM) com pressão positiva (PAPADAKIS, 2015). A posição prona é uma manobra terapêutica utilizada como alternativa para aqueles pacientes que estão sendo refratários às condutas iniciais e passam a necessitar de elevados valores de PEEP e FiO_2 para manter uma adequada saturação, ou em pacientes com complacência estática do sistema respiratório $<40 \text{ mL/cm H}_2\text{O}$ (AMATO, 2007). O objetivo deste estudo foi relatar o caso clínico de uma gestante com diagnóstico de SARA severa, a qual foi submetida a posição prona como estratégia terapêutica.

2. METODOLOGIA

O método utilizado no presente artigo caracteriza-se como um relato de caso. A junção de todas as informações foram obtidas por meio da análise documental da evolução do quadro clínico de um paciente atendido no Hospital São Lucas de Cascavel- PR. Foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz sob o número CAAE: 20296119.4.0000.5219, estando em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto tratar-se de uma pesquisa com ser humano.

3. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

D.L.S. feminino, 23 anos, gestante (27 semanas + 3 dias), funcionária rural. Paciente chegou ao hospital pelo SAMU com histórico de internamento há 3 dias em outro serviço, por suspeita de arbovirose. Em seu quadro inicial apresentava mialgia, artralgia, febre e dor retro ocular, referindo estar melhor dos sintomas no momento, negou perda vaginal e sangramentos. Além disso, neste período, apresentou plaquetopenia, elevação das enzimas hepáticas, hipossaturação e desconforto respiratório. Na sua admissão no Hospital São Lucas, ao exame físico: movimentos fetais presentes, hipotensão, taquicardia e insuficiência respiratória grave.

No mesmo dia, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitou de intubação orotraqueal (IOT), ventilação mecânica, droga vasoativa (Noradrenalina 15mL/h) e encaminhamento para UTI geral. Em sequência, foi estabelecido o diagnóstico de síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) grave. Como conduta terapêutica, manteve-se Ceftriaxona já iniciada no outro serviço, foi prescrito Azitromicina e Oseltamivir por suspeita de pneumonia/H1N1. Além disso, iniciaram processo de recrutamento alveolar, determinando valores de PEEP = 18 e FIO₂ = 85%, com isso, mantendo a saturação em 98%.

No 1º dia de internamento em UTI, evoluiu com choque séptico, piora ventilatória, e raio-x de tórax indicando infiltrados alveolares bilaterais. Diante disso, a equipe médica instituiu pronação da paciente por 24 a 36 horas devido a relação PaO₂/FiO₂ = 92, controle por parte da obstetrícia dos batimentos cardíacos fetais (BCF) de 2/2horas e aumento da Noradrenalina (30mL/h). Em menos de 24 horas pós manobra (PEEP 18 e FIO₂ 60%), apesar de depender de droga vasoativa em dose alta (25mL/h) e constar uma piora da relação gasométrica, manteve boa saturação, boa diurese, febril com PCR em declínio e ultrassom obstétrico sem particularidades. Equipe médica inicia desmame cauteloso de droga vasoativa. Ao completar 36 horas de pronação (PEEP 16, FiO₂ 45% e saturação 100%), a relação PaO₂/Fio₂ era de 359, além disso, apresentou-se hemodinamicamente compensada com o uso de droga vasoativa (14ml/h) e exames obstétricos sem particularidades. Com a melhora da saturação e da labilidade hemodinâmica, foi iniciado o desmame de PEEP.

Ao longo dos dias apresentou crise hipertensiva, aumento do leucograma, permanência de picos febris e agitação, sendo instituído como tratamento: Clonidina, Piperaciclina Sódica + Tazobactam Sódico e Haloperidol. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica, afebril e passou pelo processo de desmame de ventilação mecânica. No décimo dia de internamento em UTI, a paciente conseguiu ser extubada e passou para a ventilação mecânica não invasiva (PEEP 6, FiO₂ 35% e saturação 98%). Ao completar 12 dias de internamento na terapia intensiva, recebeu alta da UTI e encaminhamento para a enfermaria, hemodinamicamente estável, deambulando, sem necessidade de uso de O₂, aceitando dieta, e sem alterações de trato gastrointestinal, geniturinário e obstétricas.

4. DISCUSSÃO

Segundo Amato (2007) a posição prona tem grau de recomendação A em pacientes com diagnóstico de SARA, pois tem um efeito importante na melhora da oxigenação (“70-80% apresentam resposta significativa” – PAIVA, 2005), sendo assim, o caso relatado está dentro do esperado pela literatura. Pudemos ver uma boa resposta frente a utilização da posição na gestante em questão.

Segundo Cole (2005) e Sukhen (2013), a dificuldade anatômica em pronar uma gestante requer uma estratégia rigorosa afim de garantir a segurança da paciente e do feto, assim como, o monitoramento de possíveis complicações e equipe de apoio altamente especializada. Diante disso, em todos os dias de internamento a paciente foi acompanhada pela equipe da UTI juntamente com a equipe de obstetrícia do hospital, assegurando a qualidade do tratamento clínico tanto para a paciente quanto para o feto. A decisão de pronar a paciente foi tomada diante a refratariedade ao tratamento inicial, de comprometimento severo da oxigenação que poderia ter como consequência o sofrimento fetal. Sukhein (2013) afirma que a manobra na gestante, além de fornecer melhor oxigenação, alivia a compressão uterina sob os grandes vasos.

De acordo com Azevedo (2012), é recomendado que o paciente permaneça pronado por períodos prolongados (>18 horas/dia), neste caso, a gestante ficou 36 horas em decúbito dorsal e com isso, a equipe médica conseguiu passar de 92 a 359 a relação PaO_2/FiO_2 , recuperando a gestante do quadro de SARA grave. O fato de estar com 27 semanas de gestação também ajudou para o desfecho do caso clínico, pois a dificuldade técnica ao pronar uma paciente gestante é proporcional ao tempo de gestação em que se encontra. Ou seja, em gestantes próximas do termo, é importante levar em consideração a possibilidade de postergar a manobra para após o parto e manter a terapêutica pré termo em decúbito lateral esquerdo para otimizar o retorno venoso (COLE, 2005; NETO et al., 2019). Como previsto em todo paciente em uso de ventilação mecânica, a paciente passou pelo desmame da VM e em aproximadamente 10 dias pós recrutamento alveolar e posição prona, conseguiu passar para a ventilação não invasiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no caso apresentado, alguns questionamentos são necessários na prática médica, como a importância do diagnóstico precoce de SARA na gestante e de recorrer a terapia com urgência para a recuperação da paciente e principalmente para evitar o sofrimento fetal. O desfecho da SARA ainda é um grande desafio na prática do médico intensivista, ainda há um grande número de mortes devido a esta síndrome que é tão prevalente nos centros de terapia intensiva. Com isso, a posição prona vem para facilitar a estratégia terapêutica e diminuir o tempo de internação, considerando que, facilita a progressão do quadro clínico mesmo com toda a dificuldade anatômica, como visto neste caso relatado. Além disso, vale comentar que o uso da posição prona influencia na economia do Sistema Único de Saúde, tendo em consideração que esta terapia faz diminuir os dias de internamento do paciente e os dias de uso da VM.

6. REFERÊNCIAS

AMATO, Marcelo B. P. et al. **Ventilação mecânica na lesão pulmonar aguda / Síndrome do desconforto respiratório agudo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.374-383, out. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300020>>. Acesso em: 30 set. 2019.

AZEVEDO, Rodrigo Palácio. **O que fazer quando a saturação arterial de oxigênio não melhora? (parte 2)**. 2012. Disponível em:

<<http://www.pacientegrave.com/2012/06/o-que-fazer-quando-saturacao-arterial.html>>. Acesso em: 04 maio 2019.

BAFI, Antonio Tonete. **SDRA: Definição de Berlim**. 2013. Disponível em: <<http://www.pacientegrave.com/2013/01/sdra-definicao-de-berlim.html>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COLE, Daniel E. et al. **Acute respiratory distress syndrome in pregnancy. Critical Care Medicine**. Mount Prospect, p. 269-278. out. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000182478.14181.da>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

GIBSON, John. European Respiratory Society. **Acute Respiratory Distress Syndrome**. 2013. Disponível em: <<https://www.erswhitebook.org/chapters/acute-respiratory-distress-syndrome/>>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

NETO, H., CHAGAS, B., SOARES, M., LACHINSKI, R., LINARTEVICH, V. Síndrome de Stevens-Johnson associada a Fenitoína em pós-operatório de hemorragia Intraparenquimatosa Cerebral: Relato De Caso. **Fag Journal Of Health**, v.1, n.4, p.169-184, 2019. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.110>

PAIVA, Kelly Cristina de Albuquerque; BEPPU, Osvaldo Shigueomi. **Posição Prona. Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, p. 332-340. jun. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132005000400011>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

SCHOLTEN, Eric L. et al. **Treatment of ARDS With Prone Positioning. Chest**. EUA, p. 215-224. jan. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.06.032>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SUKHEN, Samanta et al. How safe is the prone position in acute respiratory distress syndrome at late pregnancy? **The American Journal Of Emergency Medicine**. EUA, p. 687-687. dez. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.12.021>>. Acesso em: 20 jul. 2019.