

GUIÓN DECÚBITO PRONO

*Lic. Enf. Verónica Casanova, Lic. Enf. Ana Inés Fernández, Lic. Enf. M^a Eugenia Pereira,
Lic. Enf. Paola Vázquez*

Hace muchos años se demostró que el Decúbito Prono (DP) mejora la oxigenación en los pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA); pero por distintos motivos se limita la generalización para dicha técnica (falta de hábito, inestabilidad hemodinámica, o por diversos sistemas afectados como ocurre en los politraumatizados grave -PTMG- que dificultan su movilización)

El posicionar en prono a los pacientes es una medida terapéutica coadyuvante en el tratamiento del enfermo con SDRA. Es una estrategia de protección pulmonar con sustento biológico, fácil de instaurar, que puede ser aplicada en cualquier unidad, la cual no aumenta los costos, carente de complicaciones mayores y exitosa. Está destinada a mejorar la oxigenación del paciente y de esta forma eventualmente disminuir los parámetros ventilatorios, mientras se espera la resolución de la patología de base y del SDRA. La duración total de la ventilación en DP en los pacientes con SDRA no es precisa, según las últimas publicaciones, no se ha logrado un consenso para determinar la duración total para obtener efectos beneficiosos, esto se debe a la falta de definición de criterios.

La incidencia y la mortalidad del SDRA son altas. Varios estudios han evidenciado un aumento de la oxigenación con el decúbito prono durante la ventilación mecánica en pacientes con SDRA. En la práctica clínica se utiliza dicha posición para mejorar la hipoxemia refractaria en pacientes con SDRA.

Mediante la realización de este video se pretende hacer conocer la técnica utilizada para la maniobra y fomentar la utilización de protocolos, los que establecen una metodología sistemática para realizar el cambio postural, con el fin de disminuir los riesgos durante el procedimiento, evitando eventos adversos; proporcionando de esta manera seguridad al paciente durante la maniobra, promoviendo la eficiencia y la destreza del personal, reduciendo el tiempo de realización de la técnica y el número de recursos humanos que participan en la misma.

El **decúbito prono** (o decúbito ventral) es una posición anatómica del cuerpo humano. Se caracteriza por:

- Posición corporal: tendido boca abajo y la cabeza de lado (es la posición ideal de un paciente)
- Cuello en posición neutra.

- Miembros superiores: uno extendido junto al cuerpo, pegado al tronco y con la palma de la mano hacia arriba y el otro flexionado por el codo al lado de la cabeza
- Extremidades inferiores extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos pulgares hacia abajo.

La gestión de este procedimiento será responsabilidad del Licenciado en Enfermería

Recursos Humanos

- 1 Licenciado en Enfermería, encargado de dirigir el procedimiento.
- 5 Auxiliares de Enfermería.
- 1 o 2 Médico situado dentro de la unidad del paciente.

Recursos Materiales

- Dispositivo D para apoyo de la cabeza (almohadón en forma de letra “D”)
- 1 rectángulo con superficie lavable para cintura escapular. BLOQUES AZULES
- 1 rollo grueso con superficie lavable para protección de la cintura pélvica.
- 2 rollos con superficie lavable para apoyo de tibias. BLOQUES BLANCOS
- Almohada para apoyo de miembros superiores.
- 6 apósitos hidrocelulares de 10 x 10. (ALLEVYN)
- 3 o 5 Electrodo.
- Circuito de aspiración cerrado.
- Válvula de Hudson
- Ambú y mascarilla conectada a O2.
- Pulsioxímetro.
- Endotest y Capnógrafo.
- Bandeja de intubación.
- Carro de reanimación en la unidad.
- Dispositivo para realizar el Train of four (TOF) y el análisis biespectral (BIS)

DESCRIPCIÓN

Preparación

- El Licenciado en Enfermería informa al personal implicado en el procedimiento de giro.
- El Auxiliar de enfermería asignado al paciente prepara todo el material y verifica su funcionamiento.
- Todo el personal implicado se realiza higiene de manos según protocolo del servicio.

- El Auxiliar de enfermería verifica la longitud de los alargues de los accesos vasculares a los equipos, para evitar acodaduras, desplazamientos y pérdidas.
- El Auxiliar de enfermería vigila que las tubuladuras del ventilador tengan margen suficiente para el giro.
- El Licenciado en Enfermería es responsable del cumplimiento de:
 1. Cuidados oculares (lavado con suero fisiológico y colocación de colirios según indicación médica).
 2. Realizar valoración y curación de heridas.
 3. Si presenta drenajes descartar y registrar gasto.
 4. Suspender nutrición enteral transitoriamente.
 5. Aspirar sonda gástrica (SG) y abrir a bolsa colectora, registrar en qué nivel quedó fijada, para advertir posibles desplazamientos posteriores. La suspensión de la nutrición enteral y la colocación de SG a bolsa disminuye el riesgo de broncoaspiración, debido al aumento de la presión abdominal y la colocación del paciente en un plano horizontal, situaciones que favorecen la regurgitación del contenido gástrico.
 6. Administrar sedación, analgesia y/o relajantes musculares según indicación médica.
 7. Aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) al 100% (5 a 10 minutos pre y postaspiración de la vía aérea y durante la maniobra de DP).
 8. Realizar aspiración de vía aérea, sonda endotraqueal (SET), dependiendo de la situación clínica del paciente.
 9. Realizar cambio de la fijación de la SET (registrar a que altura quedó fijada la misma para advertir posibles desplazamientos posteriores).
 10. Realizar higiene bucal según protocolo del servicio.
 11. Colocar pulsioximetría en la mano contraria al giro.
 12. Colocar apósitos (ej.: hidrocélulas) en crestas ilíacas, hombros y en rodillas (en caso de sexo femenino el apósito que se coloca sobre el hombro deberá extenderse sobre la mama o ser de mayor tamaño para evitar lesiones en la zona).
 13. Desconectar el colchón neumático.
 14. Realizar curaciones de todos los accesos vasculares.
 15. Chequear sonda vesical y bolsa colectora (recordar que se colocan por debajo de la pierna de manera que al finalizar la maniobra queden por encima de ésta)
 16. Realizar medición de presión intraabdominal (PIA) antes y después de realizar el cambio de decúbito.
 17. Colocar la cama en plano horizontal.
 18. Controlar al paciente antes de realizar el giro (el médico realizará gasometría arterial previo al giro)

19. Valorar hacia que lado se realiza el giro en función de dispositivos invasivos que presente como drenajes, accesos vasculares, etc; para facilitar el giro y evitar el cruce de tubuladuras.
20. Repasar la técnica y los roles de cada uno de los integrantes del equipo.

Procedimiento de giro

Efectuadas las anteriores comprobaciones, se realiza la distribución del personal alrededor de la cama:

- 1 Médico y 1 Licenciada/o de enfermería en la cabecera de la cama.
- 5 Auxiliares de enfermería:
- 2 auxiliares de enfermería en los laterales superiores de la cama.
- 2 auxiliares de enfermería a nivel dorso-lumbar del paciente (izquierda y derecha).
- 1 auxiliar de enfermería (volante) situado del lado opuesto al giro, encargado de posicionar y desplazar el rollo escapular y el pélvico debajo del paciente.

La técnica a llevar a cabo será la rotación lateralizada. Si el giro se realiza hacia el lado izquierdo del paciente se procede de la siguiente forma:

- El Médico situado en la cabecera es el encargado de sujetar con la mano dominante la zona cervico-occipital y con la otra mano la SG.
- El médico sujeta la SET observando el ventilador.
- Los auxiliares de enfermería situados a los lados de la cama, desplazan el paciente hacia el lado derecho.
- Colocar el brazo izquierdo del paciente en el centro de la cama junto al cuerpo con la palma de la mano hacia arriba y bajo el glúteo izquierdo (para evitar la luxación de hombro durante el giro) y la pierna izquierda en posición recta.
- Flexionar la pierna situada en la parte más externa de la cama y pasar la sonda vesical y la bolsa colectora por debajo de la pierna de manera que al finalizar la maniobra, quede por encima de ésta.
- Colocar 1 sábana hasta el centro de la cama.
- Girar al paciente hasta colocarlo en decúbito lateral izquierdo sobre el borde derecho de la cama.
- Quitar la monitorización electro cardiograma (ECG), retirando los electrodos.
- Conservar monitorización básica mediante pulsioximetría y curva de vía arterial
- Iniciar el giro al DP.

- Luego de realizado el giro y una vez alineado el paciente se elevará al mismo sosteniéndolo de la sabana y se colocarán los apoyos, uno a la altura de la cintura escapular y el otro a la altura de la cintura pélvica, siendo la 5ª auxiliar la encargada de colocar los mismos debajo de la sábana.

La colocación de un dispositivo de apoyo en la cintura escapular favorece la comodidad del paciente, el abordaje de la vía aérea (SET, TQT) y boca, reduce la presión del peso sobre las articulaciones cervicales y sobre las mamas en las mujeres, evitando complicaciones tardías como necrosis del pezón.

La colocación de un dispositivo de apoyo en la cintura pélvica, alivia la presión del peso en la articulación coxofemoral, evita la hiperextensión lumbar y facilita la ventilación, reduciendo la presión sobre el diafragma. Al liberar la zona abdominal se disminuye la presión intraabdominal y se reduce el riesgo de inestabilidad hemodinámica por compresión de la vena cava.

Luego de efectuado el giro se realizará:

- Monitorización electrocardiográfica en el dorso.
- El médico auscultará ambos campos pulmonares para verificar la correcta ventilación.
- Acondicionar la cabeza en posición lateral sobre el dispositivo D. Este dispositivo para el apoyo de la cabeza en forma de D invertida tiene la finalidad de evitar y/o aliviar la presión en pabellón auricular, nariz, ojos y pómulos. Permite además mayor acceso a la zona bucal y mejora la manipulación y cuidado de la SET.
- Revisar posicionamiento y fijación de SET, TQT, SG, SV, accesos vasculares y drenajes.
- Calibrar nuevamente los sistemas de presiones invasivas.
- Posicionar los miembros superiores, uno flexionado hacia arriba con codo en ángulo recto y el otro extendido con la palma de la mano hacia arriba; tener en cuenta que la cabeza siempre se lateraliza hacia el brazo extendido.
- Colocar el resto de los apoyos:
 - Rollos a la altura de las tibias de manera que las rodillas queden ligeramente flexionadas, manteniendo los pies en posición neutra y evitando que los dedos toquen la superficie de la cama.
 - Almohada debajo del miembro superior flexionado, de modo que las extremidades queden en la posición más anatómica.
- Colocar la cama en posición anti-Trendelenburg. Si la cama no fuese articulada se colocarán dos tacos de madera en las patas delanteras.
- Se realizará monitoreo
- El médico realizará gasometría arterial post procedimiento.
- Radiografía de tórax según indicación médica.

- Valorar reactividad del paciente, necesidad de complementar sedación y analgesia. Realizar el BIS y TOF.
- Conectar colchón neumático al motor.
- El médico modificará la FiO₂, luego de verificar resultados gasométricos posteriores a la rotación del paciente.
- Reiniciar la nutrición enteral (si las condiciones del paciente lo permite)
- Finalizado el procedimiento el Auxiliar de Enfermería asignado al paciente, debe ordenar y acondicionar la unidad.
- El Licenciado en Enfermería registra en la historia clínica: la valoración realizada previa al procedimiento, tolerancia del usuario durante el mismo, nueva valoración luego del posicionamiento en DP. En la planilla de Medicación, verifica que el auxiliar de enfermería designado haya realizado el registro del plan terapéutico.
- Informar al médico posibles alteraciones encontradas en la valoración.

Si el giro se realiza hacia la derecha proceder exactamente de forma inversa.

Consideraciones

- Realizar los registros en las planillas correspondientes según cada servicio (ej.: en planilla de monitoreo clínico, de medicación y de vías).
- Deben tenerse las precauciones necesarias ante un eventual paro cardiorrespiratorio, aunque inicialmente se pueden iniciar maniobras en esa posición.
- Rotar cabeza y brazos del paciente una vez por turno. La inmovilidad, la presión continuada, la sedación y curarización contribuyen a aumentar el riesgo de destrucción tisular en pacientes colocados en DP.

Recordar

Existen situaciones de mayor riesgo para el uso del DP donde se evaluará el costo beneficio para el paciente:

- Traumatismo encéfalo craneano con hipertensión endocraneana refractaria
- Politraumatismo (ej.: fracturas costales)
- Quemaduras abdominales extensas
- Traumatismo espinal
- Fracturas óseas inestables
- Cirugía craneofacial reciente
- Heridas abdominales o torácicas abierta
- Paciente que esté cursando con una hipertensión intraabdominal

Es contraindicación absoluta la lesión de columna vertebral inestable.

Bibliografía

- Benitez M, Brea A, Castiñeiras M, Fernández R, Fragua M, et al. El decúbito prono en una unidad de cuidados críticos: protocolo y plan de cuidados. Primera parte. Nursing. 2005; 23(6): 56-66.
- Guerin C, Gaillard S, Lemasson S, Ayzac L, Girard R, Beuret P, et al. Efecto de la posición en prono sobre la mortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. Med Intensiva. 2005; 29: 251-4.
- Hermosilla J, Aguayo M, Ferreira L. Duración total de la ventilación en decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. Medicina intensiva. 2016; 40 (1):71.
- Hernández E, JamGatell R, Ortiz D, Ayala S, Martínez M, Blanch L. Decúbito prono: tratamiento postural en pacientes con SDRA. Punto de vista de enfermería. Enfermería Intensiva. 1998; 9(2): 36-41.
- Kirkpatrick A, Pelosi P, et al. Clinical review: Intra-abdominal hypertension: does it influence the physiology of prone ventilation?. Critical Care. 2010; 14: 232. Disponible en: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9099>
- Martín de la Torre Martín M, González Priego T, López Caballero T. Técnica de colocación a "decúbito prono": Estudio hemodinámico, respiratorio y complicaciones. Enferm Intensiva. 2000; 11(3): 127-135. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1705837>
- Rialp Cervera G. Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo. Med Intensiva. 2003; 27(7):481-7. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/efectos-del-decubito-prono-/articulo/13051235/>
- Robles Carrión J, Vega Velázquez FJ. Decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. Ciber revista. 2013;IV(32). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2013/pagina4.html>