

PROTOCOLO PARA LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

Protocolo	B0-7.1.3-PRT-015-V2
Servicio	Unidad de Cuidados Intensivos
Fecha de entrega	15 de Abril de 2019
Destinatario	Personal Médico y de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos

Control de modificaciones		
Descripción	Nº de versión	Fecha de edición
Creación: Sonia Patiño Freire Nicolás Jesús Quesada Pérez	(1)	29/05/2012
Modificación: M ^a Elena Benitez Morante M ^a José Pérez Conejero Esther García Romanillos	(2)	15/04/2019

Revisado:	Nicolás Jesús Quesada Pérez	Aprobado	Paloma Pérez Serrano
------------------	--------------------------------	-----------------	-----------------------------

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

	Eva M ^a Manteiga Riestra		
Fecha:	15/04/2019	Fecha:	30/09/2019

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Índice del contenido

1	OBJETIVO.....	4
2	ALCANCE.....	4
3	DEFINICIONES.....	4
4	REALIZACIÓN.....	5
5	REGISTROS.....	10
6	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.....	11
7	ANEXOS.....	11
8	CONTROL DE CAMBIOS.....	11

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

1 OBJETIVO

- Estandarizar el procedimiento de giro en posición de DP (Decúbito Prono) en pacientes -con SDRA (Síndrome de distrés respiratorio agudo).
- Minimizar las complicaciones producidas en el momento del giro, estandarizando los cuidados enfermeros adecuados para estos pacientes.
- Mejorar la oxigenación de pacientes con SDRA, que consigue una redistribución de la ventilación, favorece el drenaje de secreciones y reduce las lesiones inducidas por ventilación mecánica al posibilitar la disminución de la FIO₂ y de la PEEP.

2 ALCANCE

El ámbito de aplicación de éste documento será el personal de la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), que precisen colocar a algún paciente en DP (que por su patología precisen ésta posición).

3 DEFINICIONES

- El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) se define como una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar secundaria a un daño inflamatorio de la membrana alveolo-capilar. A destacar la hipoxemia severa que hace que los pacientes requieran ventilación mecánica, utilizando una modalidad ventilatoria que incluya volúmenes nidal bajos, presión positiva al final de la espiración (PEEP) alta y presión limitada, acompañada del decúbito prono (DP).
- El decúbito Prono es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por:

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Posición corporal bocabajo.
- Cuello en posición neutra.
- Miembros superiores pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Extremidades inferiores estiradas y con los pies en flexión neutra y la punta de los dedos hacia abajo.

4 REALIZACIÓN

4.1 Recursos Humanos:

- 1 Médico en la cabecera de la cama encargado de dirigir el proceso, controlar el tubo endotraqueal (TET) y sonda nasogástrica (SNG).
- 2 Enfermeras, una a cada lado de la cama, vigilando accesos vasculares y drenajes.
- 1 Auxiliar de enfermería a uno de los lados (si es posible otra de apoyo).
- 2 TIGAS o Celadores, uno a cada lado de la cama en la zona toraco-abdominal, encargados de girar al enfermo

4.2 Recursos Materiales:

- Cama articulada con colchón antiescaras.
- Ropa de cama (sábanas, fundas de almohada, entremetida....)
- 2 almohadas (una para el torax y otra para MMII). En el caso de DP sin lateralizar 3 almohadas (torax, pelvis y rodillas) y 3 almohadillas, rodetes o toallas.
- Bolsa colectora para SNG.
- Alargaderas para perfusiones (s/p).
- Electrodos.
- Pulsioxímetro.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Aspirador de secreciones, sondas de aspiraciones y guantes estériles.
- Ambú y mascarilla conectada al oxígeno.
- Material de intubación (laringoscopio, TET y material de fijación).
- Medicación (sedantes, relajantes musculares y analgésicos).
- Carro de parada en la puerta de Box.

4.3 Descripción:

1.- Informaremos a todo el personal implicado. Así mismo explicaremos el procedimiento al paciente, si está consciente, o a la familia si estuviera presente.

2.- Suspendemos la nutrición enteral, comprobaremos la correcta situación de la SNG, su permeabilidad y fijación. La conectaremos a una bolsa colectora para minimizar el riesgo de aspiración gástrica.

3.- Comprobaremos la correcta sujeción, situación y presión del neumotaponamiento del TET. Realizaremos la higiene bucal, a fin de evitar la aparición de neumonías asociadas a ventilación mecánica por aspiración de contenido oro gástrico (siempre dependiendo de la gravedad del paciente y la rápida necesidad de CP). Si es necesario, aspiraremos secreciones bronquiales.

4.- Decidiremos hacia qué lado giraremos al paciente, preferiblemente hacia el lado donde se encuentra el respirador o el contrario de la localización de accesos venosos y drenajes.

5.- Revisaremos el correcto funcionamiento de los accesos venosos y arteriales, y en caso necesario, purgaremos alargaderas con la solución que se esté infundiendo y conectaremos.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

6.- Pinzaremos la sonda vesical, comprobaremos la correcta sujeción y permeabilidad de drenajes abdominales y/o torácicos.

7.- Evitar lesiones corneales, limpiaremos los ojos con suero fisiológico y los lubricaremos.

8.- Administraremos sedantes/relajantes musculares/analgésicos según prescripción médica si fuera necesario.

9.- NO COLOCAR PROTECCIONES EN LOS PUNTOS DE PRESIÓN.

4.4 Procedimiento:

1.- Acercaremos tanto como sea posible el respirador a la cabecera de la cama, liberaremos las tubuladuras del ventilador y nos aseguraremos que la longitud sea suficiente para hacer el giro sin limitaciones.

2.- Tomaremos las constantes hemodinámicas y respiratorias. Colocaremos la cama en posición horizontal.

3.- Desplazaremos al paciente hacia el extremo de la cama contrario al sentido del giro y retiraremos los electrodos y los cables de medición del monitor exceptuando el pulsioxímetro, que lo colocaremos en la mano hacia dónde se desplazará el paciente, evitando así, que el cable se quede debajo del cuerpo.

4.- Colocaremos el brazo del paciente que queda en el centro de la cama pegado al cuerpo, debajo del glúteo y con la palma de la mano hacia arriba, para evitar la luxación del hombro (almohadillando los posibles objetos que puedan clavarse en el paciente: llaves de tres pasos...).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

5.- Si el paciente se le va a dejar en DP puro se le pondrá una almohada a la altura de la escápula y otra en la cintura pélvica, si se le van a dar DP laterales no se le colocan de momento almohadas.

6.- Colocar primero al paciente en decúbito lateral y una vez todo esté listo y el médico o la persona que sujete la cabeza nos de la orden procederemos a girarlo hasta la posición de decúbito prono.

7.- Colocaremos los electrodos en la espalda del paciente y procederemos a su monitorización.

8.- Nos cercioraremos que el TET esté en su sitio y que el paciente ventila correctamente. Revisaremos el correcto funcionamiento de los accesos vasculares y drenajes. Recalibraremos los sistemas de medición hemodinámica.

9.- Una vez hecha la comprobación, colocaremos al paciente en la cama asegurando una correcta alineación corporal (según el prono que le vayamos a dar así o pondremos en un extremo: DPLD/DPLI o bien en el centro de la cama).

10.- Situaremos en la parte superior de la cama la mano (con la palma hacia abajo) del mismo lado donde está lateralizada la cabeza. Nos ayudaremos de un rodillo, toalla... para mantener la mano en posición anatómica; y la otra mano, con la palma hacia arriba, a lo largo del cuerpo con una ligera flexión del codo.

11.- **a/** Si el paciente está en DP puro: le colocaremos la almohada de la zona tóraco/clavicular evitando presión sobre las mamas y el diafragma. Recolocaremos la almohada de la zona pélvica evitando la hiperextensión lumbar, liberando los genitales externos y previniendo el acodamiento de la SV (se colocará por encima de las piernas del

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

paciente) y añadiremos una almohada en la zona tibial y otra almohadilla en el empeine de manera que las piernas queden ligeramente flexionadas.

b/ Si el paciente va en DP lateralizado: le giraremos la cabeza del lado en el que le vayamos a meter la almohada, le colocaremos 1 almohada (corta) en tórax, dejando la zona pélvica libre y colocaremos otra almohada en la pierna del mismo lado flexionada (dejando los genitales externos libres) y otra almohadilla en el empeine de la otra pierna. Pasaremos la sonda vesical por el hueco libre.

12.- Colocaremos una almohadilla (a ser posible moldeable) en la cabeza, dejando libre oreja, ojo y barbilla.

13.- Comprobaremos que la posición de la SNG sea la correcta y reiniciaremos la NE.

14.- Colocaremos la cama en posición anti-trendelenburg 15-20° para favorecer la ventilación, minimizar el riesgo de aspiración gástrica, mejorar la tolerancia a la NE y disminuir los edemas faciales y periorbitales.

15.- Cubrir al paciente convenientemente con la sábana encimera.

16.- Lavarse las manos.

17.- Anotar el CP en la hoja de registro de enfermería.

18.- Planificar los CP del paciente, con el fin de aliviar los puntos de presión: DPL c/4h (si los tolera); DP puro cambio de brazos y cabeza C/2h sólo en el caso de que no tolere los cambios de DPL).

Se mantendrá la posición de DP de 12 a 16h, luego se volverá a dar DS y ver tolerancia respiratoria del paciente (sino la tolera se volverá de nuevo al DP).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

4.5 Complicaciones:

- La complicación más grave es la extubación accidental.
- El edema facial, palpebral y/o conjuntival es una consecuencia propia de la posición DP, aunque la posición anti-trendelenburg minimiza algo estos efectos.
- La intolerancia a la nutrición puede ser debida a la posición, pero debemos tener presente que estos enfermos suelen necesitar para una correcta ventilación altas dosis de sedantes y relajantes musculares.
- Aparición de UPPs, sobre todo cuando la situación respiratoria del paciente no nos permite realizar cambios posturales.

4.6 Contraindicaciones:

- **Absolutas:** Fractura de pelvis y fractura de columna.
- **Relativas:** Hipertensión intracraneal, esternotomía, laparotomía y gestación 2º trimestre.

5 REGISTROS

Se anotará en la historia del paciente en PICIS el cambio postural realizado, la hora y las posibles incidencias.

En la actualidad tenemos una hoja de registro del paciente en prono en el que se recogen datos para un estudio sobre la incidencia de UPPs, en el se registran varios parámetros (nutrición, si el paciente precisa drogas vasoactivas,)

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

6 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

7 ANEXOS

8 CONTROL DE CAMBIOS

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA 1ª ED.	FECHA ÚLTIMA ED.	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
PCE PT 097	1	29/05/2012		Modificación del procedimiento a seguir
B0-7.1.3 PRT-015-V2	2	29/05/2012	Abril 2019	Actualización del protocolo

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA