

PROTOCOLO MANIOBRA DE DECUBITO PRONO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

AUTORES

JULIAN GARCIA GARCIA ¹
JOAQUINA PIQUERAS DIAZ ¹
MARIA CARMEN ORTIZ NAVARRO ¹
MARIA CARMEN MARTINEZ MARQUEZ ¹
CARMEN CARRILERO LOPEZ ¹
MARTIN TORRALBA MELERO ¹
ELVIRA CEBRIAN SORIANO¹
MARIA CARMEN CUESTA PICAZO²
ISABEL MURCIA SAEZ³

¹ Enfermera/o. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Albacete

² Auxiliar de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Albacete

³ Médico Intensivista. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario de Albacete

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. POBLACIÓN DIANA.....	4
3.OBJETIVOS.....	5
4. PERSONAL	5
5. MATERIAL	6
6. PROCEDIMIENTO.....	7
6.1. PREPARACIÓN DEL PERSONAL	7
6.2. PREPARACIÓN DEL PACIENTE	7
6.3. EJECUCIÓN DE LA TÉCNICA.....	8
6.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	9
6.7. FINALIZACIÓN DEL DECUBITO PRONO.....	10
Se suspenderá la pronación del paciente cuando:	10
7. PROBLEMAS POTENCIALES Y COMPLICACIONES	11
8. PUNTOS A REFORZAR.....	11
9. INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	12
10. SISTEMAS DE REGISTRO.....	12
11. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.....	13
12. ANEXOS.....	14
12.1. LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-PRONO (ANEXO 1).....	14
12.2. LISTA DE VERIFICACIÓN POST-PRONO (ANEXO 2).....	15
12.3. CHECK LIST (ANEXO 3).....	16
12.4. ASEO DEL PACIENTE (ANEXO 4).....	17
13. INDICE DE SIGLAS	22
14. BIBLIOGRAFÍA.....	23

1. INTRODUCCIÓN

La colocación del paciente en la posición de decúbito prono es una técnica no invasiva que ha demostrado su eficacia en diversos estudios como medida terapéutica adicional en el tratamiento en pacientes con SDRA (Síndrome de Distress Respiratorio Agudo), entendiéndose como tal a un cuadro clínico de disnea intensa de comienzo rápido, hipoxemia e infiltrados pulmonares bilaterales.

Con la maniobra de decúbito prono conseguimos:

- Cambios en la movilidad diafragmática.
- Evacuación de secreciones.
- Redistribución de la perfusión.
- Mejoría de la ventilación.

Estudios randomizados y controlados han confirmado la mejoría de la oxigenación. La mejoría de la mortalidad no se ha demostrado hasta el momento.

Pero no es una técnica exenta de complicaciones, siendo en algunas ocasiones difícil de realizar (obesidad, fijadores externos, embarazo, etc).

Elaborando un protocolo de actuación para la técnica de pronación establecemos un plan de cuidados de Enfermería estandarizando la atención a estos pacientes y ofreciendo una herramienta de trabajo para la Enfermería de Cuidados Intensivos con el fin de aumentar la seguridad del paciente durante la maniobra y disminuir las complicaciones derivadas del tratamiento, ayudando al personal a proporcionar los cuidados de forma eficaz y segura.

2. POBLACIÓN DIANA

Pacientes con SDRA.

Valorar especialmente:

- PaO₂: FiO₂ <150 mm Hg
- FiO₂ de ≥ 0.6
- PEEP ≥ 5 cm de H₂O

Contraindicaciones de decúbito prono

- Presión intracraneal >30 mm Hg o presión de perfusión cerebral <60 mmHg
- Hemoptisis masiva
- Cirugía traqueal o esternotomía en los 15 días previos
- Trauma o cirugía facial en los 15 días previos
- Trombosis venosa profunda tratada menos de dos días
- Inserción de marcapasos en los últimos dos días
- Columna inestable o fracturas pélvicas o de fémur
- Presión arterial media < 65 mm Hg
- Embarazo
- Drenaje torácico anterior
- Trasplante pulmonar
- Quemados $> 20\%$ de la superficie corporal

3. OBJETIVOS

- Estandarizar el procedimiento de giro en posición de decúbito prono en pacientes con SDRA.
- Aumentar la cultura de seguridad en los cuidados y buenas prácticas de enfermería al paciente crítico.
- Describir los cuidados que ofrece la enfermera de uci para reducir las complicaciones de la terapia decúbito prono y aumentar la efectividad de la misma.

4. PERSONAL

RECURSOS HUMANOS (6 PERSONAS)

- 1 MEDICO INTENSIVISTA: Colocado en la cabecera se encargará de dirigir la movilización controlando cabeza y cuello, lo cual implica sujetar TOT y SNG.
- 2 ENFERMERAS: Una a cada lado de la cama a la altura del tórax del paciente, responsables del control de canalizaciones vasculares, catéteres, drenajes, SV, etc. durante la movilización.
- 1 CELADOR: Colocado en la dirección a la que se decide girar, responsable de mover al paciente.
- 2 AUXILIARES DE ENFERMERÍA: Las dos emplearán la tarea de apoyo. Una se encargará de la movilización del paciente, controlando las extremidades inferiores, y la otra se quedará en la puerta del box por si fuese necesario.

5. MATERIAL

- Cama articulada y colchón antiescaras.
- Ropa de cama (sábanas, fundas, entremetida).
- Empapadores.
- 2 almohadas para tórax y abdomen (pelvis).
- 2 almohadas para piernas (empeines) y 2 para los brazos.
- Almohada convencional antiescaras para cabeza.
- Bolsa colectora para SNG.
- Válvulas de heimlich.
- Electrodo, pulsioximetría.
- Alargaderas para las vías en caso de ser necesario.
- Ambú con reservorio.
- Carro de paradas y de vía área difícil a la puerta del box.
- Aspirador y sondas de aspiración.
- Aceites hiperoxigenados (hacer especial hincapie al aplicar en nariz, orejas, rodillas y pies).
- Lista de verificación (anterior y posterior al procedimiento).

6. PROCEDIMIENTO

6.1. PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Informaremos al personal implicado del tipo de procedimiento y de las actuaciones a desempeñar por cada miembro del equipo.

6.2. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Sonda nasogástrica a bolsa
- Tubo orotraqueal:
 - comprobar adecuada sujeción
 - verificar el inflado del balón
 - comprobar el nº del tubo orotraqueal que está en la comisura bucal
- Aspirar secreciones, realizar higiene bucal y del enfermo.
- Comprobar correcta sujeción de SNG, catéteres y drenajes.
- Fijar canalizaciones vasculares y valorar la retirada de perfusiones continuas no necesarias.
- Valorar si precisa válvulas de Heimlich en drenaje pleural
- Limpieza y oclusión de los ojos
- Cuidados e hidratación de la piel
- Colocar la sonda vesical pinzada por debajo entre las piernas
- Utilizar la lista de verificación pre-prono para comprobar que tenemos todo lo necesario. Registraremos la maniobra en la hoja de Check List.
- Toma y registro de constantes vitales (FC, Sat O2, TA)

6.3. EJECUCIÓN DE LA TÉCNICA

- Colocación del personal.
- Médico, en la cabecera del paciente.
- Enfermera, una a cada lado de la cama.
- Auxiliar de enfermería, una a los pies y la otra en la puerta del box.
- Celador, especificar dónde se pone.
- Colocaremos la cama en posición horizontal.
- Puesta en común del lado de la cama donde se desplaza al enfermo y distribución de tareas: colocación electrodos, cambio de sábana o colocación de almohadas.
- Comprobaremos la lista de verificación pre-prono (anexo 1).
- Desplazaremos al paciente hasta el borde de la cama. Recomendado el lado en el que menos drenajes y vías tenga colocados.
- Pulsioxímetro en la mano contraria que está más cerca del borde de la cama.
- Brazo sobre el que se va a girar pegado a lo largo del cuerpo, con la palma de la mano hacia arriba y debajo del glúteo.
- Comprobar la suficiente longitud de las tubuladuras del ventilador mecánico.
- A la altura de la cabeza colocaremos un empapador y el almohadillado.
- Tras dar la orden el médico colocaremos al paciente en decúbito lateral.
- Retiraremos la monitorización frontal y la colocaremos en la espalda.
- Aprovechar para cambio de sábana y puesta de almohadas (aceites hiperoxigenados), una almohada a la altura de la escápula y otro a la altura de la pelvis.
- Desplazaremos al paciente al borde contralateral a la vez que lo vamos girando para colocarlo en decúbito prono.
- Acomodaremos la cabeza en el almohadillado para que el TET quede sin acodar, liberaremos zonas de presión en la cabeza (oreja, nariz, ojo).

- Pondremos las piernas sobre almohadas.
- Pies en posición neutra.
- Valorar la permeabilidad de las vías y la ausencia de acodamientos
- Cama en antitrendelemburg.
- Posición de extremidades superiores a lo largo del cuerpo para evitar lesiones del plexo braquial.
- Comprobaremos la lista de verificación post-prono al finalizar la técnica (anexo 2).

6.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Cama en antitrendelemburg.
- Cada 2 horas: movilizar almohadas de tórax, pelvis, piernas y giro de cabeza; revisar que el paciente mantiene una correcta alineación corporal. La movilización del paciente debe espaciarse mínimo 6 horas, siempre que la situación hemodinámica del paciente lo permita y disponiendo del consentimiento médico.
- Comprobar correcta posición de tubo endotraqueal y de sonda nasogástrica (apuntar nº de entrada en comisura bucal del tubo endotraqueal y marca de entrada en fosa nasal de sonda nasogástrica)
- Cuidados de ojos (valorar ulceraciones y signos de conjuntivitis, evitar presión directa, administración de lágrimas artificiales y oclusión ocular)
- Vigilar y prevenir la aparición de úlceras por presión, especialmente en orejas, pómulos, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos de los pies.
- Aseo diario: se hará lateralizando al enfermo cuidando dispositivos (catéteres, sondas, drenajes, TOT, etc.) siempre que la situación hemodinámica del paciente lo permita (anexo 4).
- Especial cuidado en las aspiraciones orotraqueales, valorar preoxigenar y sistemas de aspiración cerrada.

- Seguiremos con los cuidados estandarizados de la unidad (lavado de boca, pasta antibiótica).
- Si precisa, porque el paciente defeca, se realizará el cambio de sábanas igual que si el paciente se encontrara en decúbito supino.
- Si el paciente presenta incontinencia fecal, le colocaremos la sonda flexiseal bajo indicación médica.
- En todas las movilizaciones que vayamos a realizar al paciente se pondrá la SNG a bolsa en caso de que ésta esté conectada a nutrición enteral para favorecer la tolerancia de la misma.

6.7. FINALIZACIÓN DEL DECUBITO PRONO

Se suspenderá la pronación del paciente cuando:

- Mejoría oxigenación.
 - $PaO_2/FiO_2 \geq 150$ mm Hg, con:
 - $PEEP \leq 10$ cmH₂O
 - $FiO_2 \leq 0.6$ (debe mantenerse en las siguientes 4 horas reestablecido el supino)
 - Disminución de la PaO_2/FiO_2 de $> 20\%$
- Interrupción inmediata
- Extubación accidental.
 - Intubación bronquio principal.
 - Obstrucción del tubo endotraqueal.
 - Hemoptisis.
 - Saturación de $O_2 < 85\%$ o una $PaO_2 < 55$ mm Hg durante más de 5 minutos con $FiO_2 1$.
 - Paro cardíaco.
 - Frecuencia cardíaca < 30 ppm durante > 1 minuto.
 - Presión arterial sistólica < 60 mm Hg durante > 5 minutos.
 - Otros motivos que puedan poner en peligro la vida del enfermo.

7. PROBLEMAS POTENCIALES Y COMPLICACIONES

Cualquier problema o evento adverso que ocurra será registrado en la Check List del paciente (Anexo 3). Entre ellos destacamos:

- Salida de sonda nasogástrica.
- Salida de vía central (venosa o arterial).
- Úlceras corneales, edema conjuntival, palpebral y facial.
- Úlceras por presión.
- Problemas con la sonda urinaria.
- Empeoramiento de PaO₂/FIO₂ más del 20%.
- Desaturación SatO₂ < 85%.
- Hipotensión.
- Arritmias.
- Hemoptisis.
- Neumotórax.
- Intubación selectiva bronquial.
- Obstrucción del tubo orotraqueal.
- Salida del tubo orotraqueal.
- Paro cardíaco.

8. PUNTOS A REFORZAR

- Fijación del tubo endotraqueal o traqueostomía (> 15 días) por riesgo de extubación.
- Aumento de probabilidades de aparición de úlceras por presión.
- Riesgo de extracción de dispositivos externos (canalizaciones venosas y arteriales, sondas, drenajes, etc)
- Fijación de drenajes, sondas, catéteres, etc.
- Comunicación efectiva entre el equipo.
- Realizar y seguir correctamente el Check List para evitar complicaciones durante la maniobra

9. INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Porcentaje de efectos adversos y complicaciones que aparecen durante la maniobra de decúbito prono. [Número de efectos adversos y complicaciones/ Número total de pacientes pronados *100]

El indicador estándar ideal sería obtener 0% de complicaciones.

Con el registro de Check List (anexo 3) de cada paciente obtendremos el número de efectos adversos y complicaciones que aparezcan durante el decúbito prono.

La evaluación del protocolo se realizará anualmente y se llevará a cabo por el Grupo de Trabajo de Decúbito Prono UCI.

10. SISTEMAS DE REGISTRO

Por el momento, hasta disponer una toma de datos específico en el programa informático del que disponemos (mambrino), registraremos en la gráfica del paciente día y hora de inicio de la terapia en decúbito prono así como la finalización de la misma, y el giro de la cabeza del paciente. En caso de producirse complicaciones, se registrará en la hoja CHECK LIST anotando el tiempo en que el paciente se encontraba en prono en dicho suceso o sucesos.

En caso de aparición de úlceras por presión, anotaremos en el apartado del programa informático del que disponemos hoy en día (mambrino) la localización, tamaño, características y tratamiento realizado de igual manera que hacemos con todas las demás úlceras que presentan o han presentado otros pacientes en nuestra Unidad.

11. NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

No se observa evidencia significativa de que la posición prona disminuya las tasas de mortalidad, exceptuando los resultados del estudio de *Guerin et al.* (2013).

La escasez de estudios sobre el tema junto con la errónea idea de la complejidad de la maniobra, el riesgo de complicaciones, el déficit de conocimiento de las contraindicaciones, así como la falta de consenso sobre la óptima duración y los parámetros para medir el éxito, no muestran niveles de evidencia ni grados recomendación descritos en la literatura.

12. ANEXOS

12.1. LISTA DE VERIFICACIÓN PRE-PRONO (ANEXO 1)

VERIFICACIÓN DEL PERSONAL

- ✓ 1 Médico
- ✓ 2 Enfermeras
- ✓ 2 Auxiliar de Enfermería
- ✓ 1 Celador

VERIFICACIÓN DEL MATERIAL

- ✓ Cama enchufada a la luz.
- ✓ Colchón Anti-escaras.
- ✓ Ropa de cama (sábanas, fundas, empapador, entremetida).
- ✓ Dos almohadas.
- ✓ Almohadas para piernas y pies.
- ✓ Válvulas de Heimlich (si precisa).
- ✓ Electrodo.
- ✓ Ambú ® con reservorio.
- ✓ Aspiradores y sondas de aspiración, las secreciones se aspirarán.
- ✓ Carro de RCP y de intubación a la puerta del BOX.
- ✓ Realizar un análisis de gases arteriales.
- ✓ Aliviar puntos de presión con aceites hiperoxigenados (nariz, rodillas, cara, ...).
- ✓ Ojos: los parpados cerrados y lubricados.
- ✓ Detener temporalmente la NE (SNG a bolsa), excepto si sonda postpilórica.
- ✓ Hiperoxigenación si precisa.
- ✓ Premedicación (sedorrelajación + analgesia) y retirar todas las perfusiones salvo las vasoactivas.

12.2. LISTA DE VERIFICACIÓN POST-PRONO (ANEXO 2)

RESPIRATORIO:

- ✓ Paciente adaptado a la Ventilación mecánica.
- ✓ Necesita aspirar secreciones.
- ✓ El TET está bien fijado y en buena posición (comprobar nº en comisura bucal).
- ✓ Pleure-evac colocados (si precisa).
- ✓ Comprobar distancia del respirador y longitud de tubuladuras.
- ✓ Aporte extra de O₂ si precisa.
- ✓ Control de GA a los 30-90min según orden médica.

CIRCULATORIO:

- ✓ Monitorización correcta del paciente.
- ✓ Están colocadas las perfusiones continuas.
- ✓ Tenemos buen acceso a bombas de perfusión y a los equipos de suero.
- ✓ Vías bien posicionadas, correcta sujeción.

ALIMENTACIÓN:

- ✓ Se ha restaurado la alimentación enteral y/o parenteral (si precisa).
- ✓ La SNG está permeable y accesible.
- ✓ SNG correcta posición.

DRENAJES:

- ✓ La sonda vesical está permeable y accesible.
- ✓ Drenajes bien fijados y accesibles.
- ✓ Bolsas de ostomias fijadas y accesibles.

NECESIDAD DE SEGURIDAD:

- ✓ Posición correcta (antitrendelemburg 45°), cama frenada.
- ✓ Tiene libres las zonas de presión (nariz, orejas, rodillas, pies).
- ✓ Nivel de sedo-analgesia y relajación adecuado.

12.3. CHECK LIST (ANEXO 3)

NOMBRE DEL PACIENTE:

DÍA/MES/AÑO/HORA INICIO PRONO:

VERIFICACIÓN PRE-PRONO	VERIFICACIÓN POST-PRONO
<p>VERIFICACIÓN DEL PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeras <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 1 Celador <p>VERIFICACIÓN DEL MATERIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cama enchufada a la luz. <input type="checkbox"/> Colchón Anti-escaras. <input type="checkbox"/> Ropa de cama (sábanas, fundas, empapador, entremetida). <input type="checkbox"/> Dos almohadas. <input type="checkbox"/> Almohadas para piernas y pies. <input type="checkbox"/> Válvulas de Heimlich (si precisa). <input type="checkbox"/> Electrodo. <input type="checkbox"/> Ambú® con reservorio. <input type="checkbox"/> Aspiradores y sondas de aspiración, las secreciones se aspirarán. <input type="checkbox"/> Carro de RCP y de intubación a la puerta del BOX. <input type="checkbox"/> Realizar un análisis de gases arteriales. <input type="checkbox"/> Aliviar puntos de presión con aceites hiperoxigenados (nariz, rodillas, cara, ...). <input type="checkbox"/> Ojos: los párpados cerrados y lubricados. <input type="checkbox"/> Detener temporalmente la NE (SNG a bolsa), excepto si sonda postpilórica. <input type="checkbox"/> Hiperoxigenación si precisa. <input type="checkbox"/> Premedicación (sedorrelajación + analgesia) y retirar todas las perfusiones salvo las vasoactivas. 	<p>RESPIRATORIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente adaptado a la Ventilación mecánica. <input type="checkbox"/> Necesita aspirar secreciones. <input type="checkbox"/> El TET está bien fijado y en buena posición (comprobar nº en comisura bucal). <input type="checkbox"/> Pleure-ovac colocados (si precisa). <input type="checkbox"/> Comprobar distancia del respirador y longitud de tubuladuras. <input type="checkbox"/> Aporte extra de O2 si precisa. <input type="checkbox"/> Control de GA a los 30-90min según orden médica. <p>CIRCULATORIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorización correcta del paciente. <input type="checkbox"/> Están colocadas las perfusiones continuas. <input type="checkbox"/> Tenemos buen acceso a bombas de perfusión y a los equipos de suero. <input type="checkbox"/> Vías bien posicionadas, correcta sujeción. <p>ALIMENTACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se ha restaurado la alimentación enteral y/o parenteral (si precisa). <input type="checkbox"/> La SNG está permeable y accesible. <input type="checkbox"/> SNG correcta posición. <p>DRENAJES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La sonda vesical está permeable y accesible. <input type="checkbox"/> Drenajes bien fijados y accesibles. <input type="checkbox"/> Bolsas de ostomias fijadas y accesibles. <p>NECESIDAD DE SEGURIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Posición correcta (antitrendelemburg 45º), cama frenada. <input type="checkbox"/> Tiene libres las zonas de presión (nariz, orejas, rodillas, pies). <input type="checkbox"/> Nivel de sedo-analgésia y relajación adecuado.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	EFECTOS ADVERSOS POR PRONACIÓN
<p>CADA 2 HORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movilizar almohadas. <input type="checkbox"/> Giro de cabeza. <input type="checkbox"/> El paciente mantiene una correcta alineación corporal. <p>DURANTE LAS MOVILIZACIONES DEL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprobar correcta posición de TET y de SNG. <input type="checkbox"/> SNG a bolsa en caso de que ésta esté conectada a nutrición enteral. <p>CADA 6 HORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La situación hemodinámica del paciente y el consentimiento médico permite movilizar al paciente para aplicar aceites hiperoxigenados. <input type="checkbox"/> Lavado de boca según protocolo de la unidad. <p>POR TURNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cama en antitrendelemburg. <input type="checkbox"/> Cuidados de ojos: valorar ulceraciones y signos de conjuntivitis, evitar presión directa, administración de lágrimas artificiales y oclusión ocular. <input type="checkbox"/> Vigilar y prevenir la aparición de úlceras por presión en orejas, pómulos, acromion, mamas, codos, genitales, rodillas y dedos de los pies. <input type="checkbox"/> Aspiraciones oro-traqueales: valorar preoxigenar y sistemas de aspiración cerrada. <p>TURNOS DE MAÑANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La situación hemodinámica del paciente y el consentimiento médico permite el aseo diario. <input type="checkbox"/> Se realiza el cambio de sábanas. <input type="checkbox"/> Precisa sonda flexiseal bajo indicación médica debido a heces líquidas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SALIDA DE TOT <input type="checkbox"/> INTUBACIÓN SELECTIVA BRONQUIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN TOT <input type="checkbox"/> DESATURACIÓN (SatO2 < 85%) <input type="checkbox"/> EMPEORAMIENTO PA/FI <input type="checkbox"/> SALIDA DE SNG <input type="checkbox"/> SALIDA DE SV <input type="checkbox"/> SALIDA DE CVC <input type="checkbox"/> SALIDA DE CA <input type="checkbox"/> SALIDA DE CVP <input type="checkbox"/> SALIDA DE DRENAJE <input type="checkbox"/> SALIDA DE DRENAJE PLEURAL <input type="checkbox"/> SALIDA DE DRENAJE VENTRICULAR <input type="checkbox"/> ULCERAS CORNEALES <input type="checkbox"/> EDEMA CONJUNTIVAL/PALPEBRAL/FACIAL <input type="checkbox"/> ULCERAS POR PRESION <input type="checkbox"/> HIPOTENSIÓN <input type="checkbox"/> ARRITMIAS <input type="checkbox"/> HEMPOTISIS <input type="checkbox"/> NEUMOTORAX <input type="checkbox"/> PARO CARDIACO <input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LA NUTRICIÓN ENTERAL

MOTIVO FIN TERAPIA DP:

DÍA/MES/AÑO/HORA FIN PRONO:

12.4. ASEO DEL PACIENTE (ANEXO 4)

El aseo general de un paciente de UCI es una técnica muy importante de enfermería que nos permite valorar el estado e integridad de su piel.

Para todo ello necesitaremos estos materiales:

MATERIAL

- ✓ 2 palanganas.
- ✓ Guantes.
- ✓ Esponjas jabonosas y de aclarado.
- ✓ 2 toallas.
- ✓ Ropa limpia de cama (2 sábanas, funda de almohada y empapador si es necesario).
- ✓ Crema hidratante.
- ✓ Ácidos grasos hiperoxigenados.
- ✓ Lágrimas artificiales.

PROCEDIMIENTO

Lavado de manos antes y después del aseo.

La higiene corporal del paciente intubado se llevará a cabo siguiendo las mismas pautas de actuación de un paciente consciente. El aseo se realiza en equipo (enfermera, auxiliar y celador). La enfermera se coloca a la cabeza del paciente.

El cuidado del paciente intubado debe ser meticuloso y orientado a proporcionarle un estado de bienestar al fin de alcanzar la mejoría deseada, teniendo presente en todo momento salvaguardar la integridad del paciente cubriéndolo como mínimo con una entremetida.

El auxiliar de enfermería realiza la higiene, y el celador lo moviliza. Todo ello bajo la supervisión de la enfermera.

La higiene del enfermo se realiza diariamente (por la mañana) y siempre que sea necesario.

Si el paciente está en posición de decúbito prono, el aseo se realizará igual que en decúbito supino salvo porque comenzaremos con la cabeza, cuello, **ESPALDA**, extremidades, glúteos y, si no se inestabiliza al movilizarlo, lo ladearemos hacia el lado en que presente menos dispositivos para acceder a cara, tórax y genitales.

PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE INTUBADO PRONADO

Es muy importante tener todo el material y todo lo necesario para el aseo.

La higiene del paciente debe de hacerse en el orden que hay establecido:

1. ojos
2. cara
3. boca
4. oídos
5. cuello y hombros
6. brazos, manos y axilas
7. espalda y nalgas
8. piernas y pies
9. tórax y abdomen
10. región genital

Siempre enjabonar, aclarar y secar meticulosamente, sobre todo las zonas de los pliegues para prevenir la aparición de hongos.

1. OJOS

Realizaremos la limpieza ocular desde el ángulo interno hacia el externo del ojo con lágrimas artificiales o suero fisiológico, facilitando así la eliminación de posibles bacterias por arrastre. Para facilitarnos la tarea podemos inclinar la cabeza del paciente hacia el lado del ojo que queremos asear para que la fuerza de gravedad nos ayude a arrastrar el suero. Se utilizará una o más gasas para cada ojo, para evitar una posible contaminación de un ojo a otro.

2. CARA

Debemos de utilizar también agua sin jabón, y luego la secaremos bien.

3. BOCA

Utilizaremos un preparado compuesto por agua oxigenada (1l), agua bidestilada (1l) y bicarbonato (100 gr).

Previo al lavado de boca siempre se verificará la presión de neumotaponamiento.

Se prepara una jeringa de 50cc con esta solución, y procedemos a la higiene, donde la auxiliar empieza irrigando la boca con ella. Al mismo tiempo la enfermera está eliminando el líquido mediante la aspiración con sonda.

Posteriormente, lavaremos dientes, lengua y paladar con clorhexidina al 0.2 % (para ello cogeremos 1cc de clorhexidina al 2% + 9cc de agua destilada en una jeringa de 10cc, reservando de esta dilución unos 3cc para introducir en orofaringe).

Esperar 2 minutos tras los cuales introduciremos la pasta antibiótica en la zona orofaríngea.

4. OÍDOS

Se lavarán con una o varias gasas para cada pabellón auricular impregnadas de suero fisiológico.

5. CUELLO, HOMBROS Y AXILAS

Primero enjabonar, después aclarar y por último secar.

6. BRAZOS Y MANOS

Utilizaremos la misma técnica anterior, donde pondremos especial cuidado en no mojar demasiado la vía de la venoclisis, para no entorpecer el trabajo de la enfermera. Tras el aseo, la enfermera procederá a la cura de vías y demás dispositivos que lleve el paciente.

7. ESPALDA Y GLÚTEOS

La auxiliar realizará la higiene de la espalda y nalgas del paciente: enjabonar, aclarar y secar.

Seguiremos el mismo procedimiento anterior.

8. PIERNAS Y PIES

Es muy importante lavar y secar muy bien los espacios interdigitales, evitando así la aparición de micosis producida por la humedad.

9. TÓRAX Y ABDOMEN

Deberemos mirar primero que no esté contraindicada la movilización del paciente.

En el caso del paciente que se pueda movilizar la enfermera estará en la cabecera de la cama

encargándose del tubo endotraqueal, SNG y CVC, si los presenta el paciente, y dirigirá en todo

momento el inicio y final de la movilización del paciente.

El celador debe movilizar al paciente hacia el lado en el que haya el menor número de dispositivos para evitar posibles complicaciones.

Hidrataremos la piel con ácidos grasos hiperoxigenados, y el resto del cuerpo con crema hidratante.

Cuando se trate de una mujer no olvidaremos la zona submamaria, la cuál debemos secar e hidratar muy bien.

10. LAVADO GENITAL

- Higiene femenina: lavaremos con esponja jabonosa la zona perianal, siempre desde perineo hacia ano, nunca volver hacia atrás. Aclarar con agua limpia y secar.
- Higiene masculina: Enjabonaremos el pene y los testículos, retraer el prepucio y limpiar el glande con movimientos circulares del meato hacia fuera. Aclaremos y secamos.

Hecho esto, hará la cama estirando bien las sábanas evitando arrugas. Deberá hacerlo lo antes posible, teniendo toda la ropa preparada previamente.

Protegeremos los talones con las taloneras.

Hidrataremos la piel con crema hidratante.

Lo taparemos con la sábana y colocaremos las almohadas de la manera más cómoda posible según se indica para el paciente en decúbito prono.

13. INDICE DE SIGLAS

CA: catéter arterial.

CVC: catéter venoso central.

CVP: catéter venoso periférico.

DUE: diplomado universitario de enfermería.

DP: decúbito prono.

FC: frecuencia cardíaca.

FiO₂: porcentaje de oxígeno inspirado.

GA: gasometría arterial.

mmHg: milímetros de mercurio.

NE: nutrición enteral.

PAFI: PaO₂/FiO₂.

PaO₂: presión arterial de oxígeno.

Peep: presión positiva al final de la inspiración.

ppm: pulsaciones por minuto.

RCP: reanimación cardiopulmonar.

SatO₂: saturación de oxígeno.

SDRA: síndrome de distress respiratorio agudo.

SNG: sonda nasogástrica.

SV: sonda vesical.

TA: tensión arterial.

TET: tubo endotraqueal.

TOT: tubo orotraqueal.

UPP: úlcera por presión.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Abroug F, Ouanes-Besbes L, Elatrous S, Brochard L. The effect of prone positioning in acute respiratory distress syndrome or acute lung injury: a meta-analysis: areas of uncertainty and recommendations for research. *Intensive Care Med* 2008;34:1002-1011
- Sud S, Friedrich JO, Taccone P, et al. Prone ventilation reduces mortality in patients with acute respiratory failure and severe hypoxemia: systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2010;36:585-599
- Guérin C, et al; PROSEVA Study Group. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013 Jun 6;368(23):2159-68. doi: 10.1056/NEJMoa1214103. Epub 2013 May 20.
- <https://sites.google.com/site/enfermeriareanimacion/home/decubito-prono-en-pacientes-con-sdra>
- Campello-Vicente C, Vidal-Baños A, Del Saz-Caja, M^ªI, Tomás-Robles A, Villaescusa-Carrillo M^º C. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de uci: una revisión integrativa. *Revista Científica de Enfermería*. *Revista Científica de Enfermería*. Mayo;10: 1-16.
- Bonet R, Moliné A. Protocolo de colocación del paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo en decúbito prono. *Nure inv* [en línea] 2009 [citado el 18 de marzo de 2014]. Disponible en:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/protocolo/protprono40.pdf
- Wright A, Flynn M. Using the prone position for ventilated patient with respiratory failure: a review. *Nurs Crit Care*. 2011; 16(1):19-27.
- Chadwick J. Prone Positioning in Trauma Patient: Nursing Roles and Responsibilities. *J Trauma*. 2010; 17(4):201-7

- Rowe C. Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults. *Nurs Crit Care*. 2004; 9(2):50-7.
- *Revista de Enfermería Mayo 2015* "art. La terapia del decúbito prono desde la perspectiva de la Enfermería en UCI".