

Ventilación en decúbito prono. Cuidados de enfermería

JOSÉ ANTONIO SERRANO CALVACHE, NIEVES LÓPEZ TESÓN, PABLO CAZORLA LÓPEZ,
ANA MARÍA LÓPEZ TESÓN, ÁNGEL PAYÁN ANDÚJAR y FRANCISCO JAVIER LAO BARÓN

Diplomados Universitarios en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Torrecárdenas.
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Servicio Andaluz de Salud. Almería.

Resumen

La ventilación en decúbito prono como actitud terapéutica ante pacientes con hipoxemias severa tiene la finalidad de mejorar el intercambio gaseoso. Es una técnica relativamente nueva en nuestra unidad.

En este trabajo se revisan las teorías fisiológicas de la ventilación en decúbito prono, recordando sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones, y se presenta una planificación de cuidados para los pacientes que la requieran.

La maniobra de colocación en decúbito prono es el momento durante el cual existe mayor riesgo de complicaciones. Para prevenirlas hacemos referencia a una serie de medidas a tener en cuenta.

Presentamos 3 casos de pacientes diagnosticadas de síndrome de distrés respiratorio del adulto, a las que se les aplicó el decúbito prono cuando fracasaron otras medidas terapéuticas, siendo el resultado satisfactorio en dos de los tres casos.

Palabras clave: Decúbito prono. Ventilación. Enfermería.

Prone decubitus ventilation. Nursing care

Prone decubitus ventilation as therapy in patients with severe hypoxemia with the aim of improving gas exchange is a relatively new technique in the author's unit.

This study reviews the physiologic theories of prone decubitus ventilation and reports its

Correspondencia: J.A. Serrano Calvache.

Avda. del Mediterráneo, 37. Edificio Cartuja, bloque C, 1.º G.
04007 Almería.

Aceptado para su publicación el 3-6-2000.

indications, contraindications and complications and presents a health care plan for the patients requiring the same.

The maneuver of placing the patient in prone decubitus position is when the greater risk of complications takes place. To prevent this the author's describe to a series of measures to be taken into account.

Three cases of patients diagnosed with the adult respiratory distress syndrome in whom the prone decubitus position was applied when other therapeutic measures had failed are presented. The results were satisfactory in two out of the three cases.

Key words: Prone decubitus. Ventilation. Nursing.

Introducción

La ventilación en decúbito prono (VDP) es una modalidad terapéutica introducida por Bryan en 1974, como indicación de tratamiento en los pacientes con hipoxemia severa. Su finalidad es mejorar el intercambio gaseoso, al conseguir una mejor redistribución de las zonas pulmonares en las que existe un desequilibrio de la relación ventilación/perfusión (V/Q).

El intercambio se produce cuando el oxígeno alveolar atraviesa por difusión la membrana alveolocapilar y pasa a la sangre arterial pulmonar; el intercambio culmina cuando el oxígeno llega al extremo proximal del capilar.

El intercambio gaseoso sería muy eficiente si existiera en todos los ácidos una relación uniforme entre la ventilación alveolar y el flujo sanguíneo capilar, dando aproximadamente un cociente $V/Q = 1$, pero en la práctica no es así.

La PO_2 alveolar y la sangre venosa mixta no llegan a ser iguales, pues parte de la sangre arterial pasa por alveolos no ventilados (cortocircuito arteriovenoso) y,

por tanto, no toda la sangre venosa toma contacto con el gas alveolar. Igualmente, existen zonas del pulmón en las que alveolos llenos de aire están poco perfundidos. Todo ello ocasiona un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión entre distintas regiones pulmonares. Una de las causas que ocasionan este desequilibrio es el efecto de la gravedad. En el paciente erguido, tanto la ventilación como el flujo sanguíneo son mayores en las bases que en el vértice; lo contrario ocurre cuando la posición es de decúbito dorsal o lateral, ya que la parte más baja del pulmón es la más irrigada.

Hoy en día no se conoce exactamente el mecanismo por el cual se mejora la oxigenación en aquellos pacientes que se colocan en decúbito prono. Existen varias teorías para su explicación: el reclutamiento de alveolos mal ventilados, pero sí bien perfundidos (esta es la teoría más aceptada), una redistribución de la perfusión pulmonar, el aumento de la capacidad residual funcional y un mejor drenaje de secreciones.

No hay unos criterios establecidos de cuándo se debe instaurar el decúbito prono en pacientes con ventilación asistida ni del tiempo que se debe mantener y de cuándo se debe suspender.

Entre las indicaciones se encuentra la hipoxemia severa, los abscesos pulmonares y un drenaje dificultoso de secreciones.

Está contraindicado en pacientes con compromiso medular, con TCE con presiones intracraneales elevadas, con intolerancia hemodinámica y en los pacientes politraumatizados que llevan tracciones mecánicas.

El momento en el que existe mayor riesgo de complicaciones es durante la maniobra del cambio de posición. Las más frecuentes son:

- Extubación accidental o desconexión de la cánula de traqueotomía con el circuito del ventilador.
- Taponamiento u obstrucción del tubo orotraqueal o de la cánula de traqueotomía por acumulación de secreciones.
- Hipotensión por compresión de la vena cava al aumentar la presión abdominal.
- Lesión de las córneas.
- Úlceras por decúbito.
- Edema facial, lingual y parpebral.
- Desconexión o pérdida de catéteres: venosos o arteriales, sonda vesical, sondaje nasogástrico, etc.

Colocación en decúbito prono

Durante la realización de la maniobra de colocación del decúbito prono es el momento en el que pueden surgir las mayores complicaciones, ya que es cuando se realiza el cambio de posición. Para prevenirlas hay que tomar una serie de precauciones:

- Colocar de forma visible todos los sistemas de acceso a las vías tanto venosas como arteriales, colocando si es preciso alargaderas, para prevenir

tensiones de los sistemas y su posible desconexión durante la maniobra. Esto además facilitará posteriormente un acceso directo a las vías.

- Colocar el respirador lo más cercano a la cabecera de la cama del enfermo, para evitar durante la maniobra una posible desconexión del circuito a la vía aérea del paciente.

- Suspender la administración de nutrición enteral. Si está en débito continuo, conectar la sonda nasogástrica a la bolsa para evitar un riesgo de broncoaspiración como consecuencia del aumento de la presión abdominal y de la colocación del paciente en un plano horizontal (ambas situaciones favorecen la regurgitación del contenido gástrico).

- Para llevar a cabo la maniobra se debe contar con al menos tres personas cualificadas: el enfermero/a responsable del paciente y dos celadores o un auxiliar de enfermería y un celador. Muchas veces es preciso el arreglo de la cama durante la maniobra. El enfermero/a debe dirigir la maniobra; colocándose en la cabecera de la cama, se encargará de la sujeción de la cabeza durante el giro, supervisando la posible aparición de complicaciones para solucionarlas en el instante.

Pasos a seguir durante la maniobra de colocación del paciente en decúbito prono

Antes del inicio de la maniobra, y a pesar de que el paciente pueda encontrarse en situación de sedación farmacológica, se le debe informar de que se va a proceder a cambiarle de posición. Así mismo se ha de informar a los familiares si están presentes. Una vez hecho esto, los pasos a seguir serán:

1. Colocar la cama en un plano horizontal, y con el paciente en decúbito supino se le acerca a uno de los lados de la cama. Normalmente se suele comenzar en el lado más alejado del respirador, ya que posteriormente facilitará que en el giro las tubuladuras del circuito no sufran tensiones o acodaduras.

2. Colocar al paciente primeramente en decúbito lateral, para posteriormente dejarlo en decúbito prono. Una vez colocado en decúbito prono, se procederá a la alineación con los brazos a lo largo del cuerpo, ligeramente semiflexionados en forma de arco, y las palmas de las manos hacia arriba.

3. Colocar la cabeza del paciente girada lateralmente y sobre una superficie blanda (almohada, rodillo, etc.). Girar la cabeza a ambos lados de forma alternativa cada 2 o 3 horas para prevenir la posible aparición de úlceras por presión, contracturas musculares en la región cervical y edema facial (labios y ojos principalmente).

4. Cuando la ventilación se realice a través de cánula de traqueotomía, elevar el tórax colocando una almohada debajo de éste, dejando libre acceso a la cánula para facilitar la ventilación y la aspiración de secreciones.

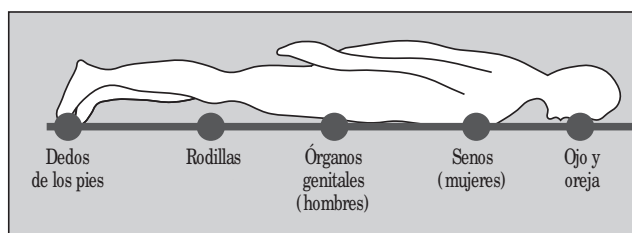


Fig. 1.



Fig. 2.

5. Colocar otra almohada al nivel de la pelvis, liberando la zona abdominal, con objeto de disminuir la presión intraabdominal, evitando la inestabilidad hemodinámica posible por compresión de la vena cava.

6. La posición de decúbito prono cambia las zonas de riesgo de úlceras por presión, de manera que las de mayor riesgo son los hombros, codos y rodillas principalmente; en el varón, además, lo son los genitales y en la mujer las mamas. Por tanto, debemos dejar estas zonas libres de presión. Con la almohada colocada en el tórax liberamos los hombros y las mamas en las mujeres, y para prevenir ulceraciones en los codos colocaremos unos vendajes almohadillados. Con la almohada colocada al nivel de la pelvis protegeremos los genitales masculinos, y las rodillas colocando otra por debajo de éstas.

7. Evitar la hiperextensión de las articulaciones, sobre todo del tobillo. Para prevenirla se ha de colocar

otra almohada a la altura de la articulación. En las figuras 1 y 2 se ilustra la colocación final del paciente.

Una vez finalizada la maniobra de colocación, se debe vigilar la aparición de cualquier signo de intolerancia. Las más frecuentes suelen ser: inadaptación a la ventilación mecánica; aparición de signos de hipoxemia más intensos: cianosis facial (más acusados a nivel de labios y pabellones auriculares), y miembros distales; inestabilidad hemodinámica.

Casos clínicos

La VDP se inició en nuestra unidad en diciembre de 1997. En dos años esta técnica se ha aplicado a tres pacientes, todas ellas mujeres, que presentaban el mismo diagnóstico principal –síndrome de distrés respiratorio agudo– de etiologías diferentes.

Para presentar los casos nos vamos a referir a las pacientes clasificándolas alfabéticamente por orden en el tiempo de su ingreso como: paciente A, paciente B y paciente C.

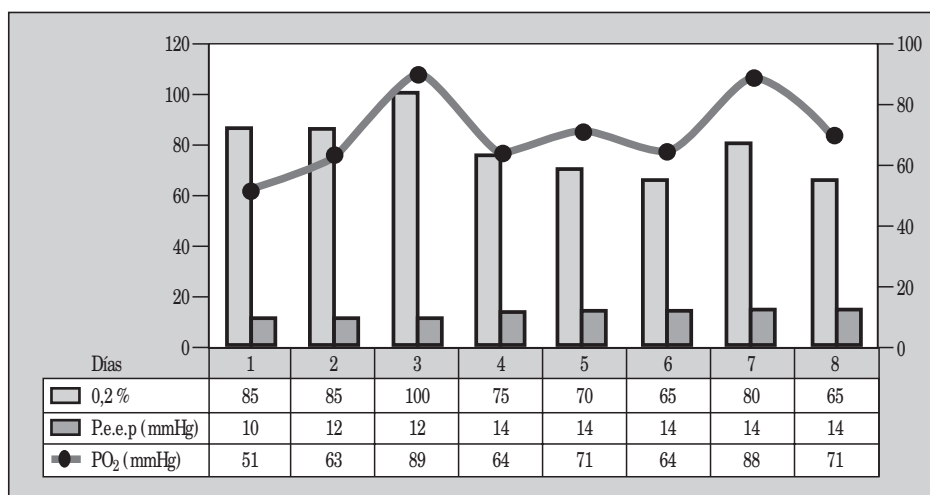
En las pacientes A y B la causa originaria del distrés fue una infección respiratoria; en el caso de la paciente C, la causa fue una politransfusión sanguínea como consecuencia de sufrir un shock hipovolémico por hemorragia tras una intervención quirúrgica ginecológica.

No existían antecedentes de problemas de salud relevantes, excepto en las pacientes A y B que presentaban previamente un cuadro de anemia, y en la paciente B que era fumadora de 20 cigarrillos/día y sufría una alergia sin comprobación inmunológica al clorhidrato de etilefrina y a los corticoides.

Situación clínica antes del inicio de la ventilación en decúbito prono

Las tres pacientes se encontraban bajo los efectos de sedación, analgesia y relajación, con traqueotomía

Fig. 3. Cambios en el patrón respiratorio durante la VDP (paciente A).



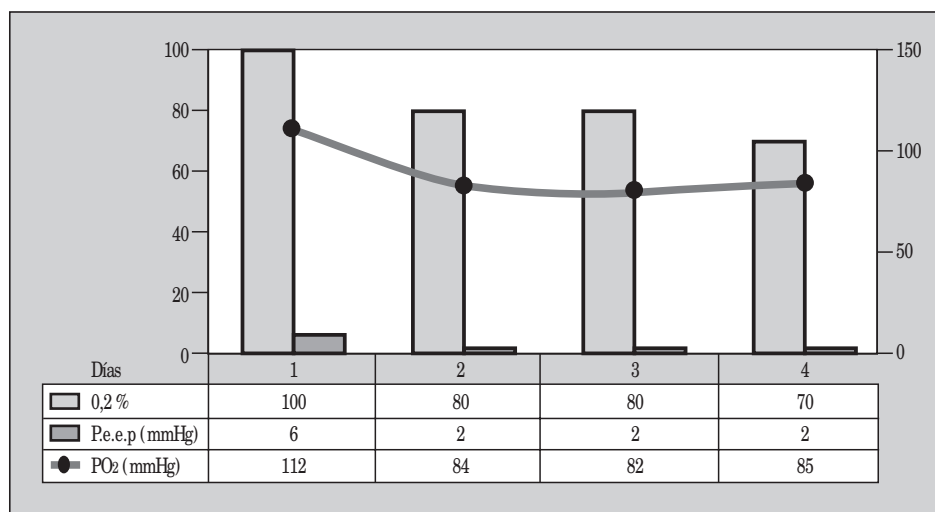


Fig. 4. Cambios en el patrón respiratorio durante la VDP (paciente B).

(previamente intubación orotraqueal), y sometidas a ventilación mecánica (IPPV), precisando parámetros ventilatorios muy agresivos: FiO₂, 1 para las tres; presión en vía aérea: A y B, 45 mmHg; C, 50 mmHg; PEEP: (A, +10 mmHg; B, +4 mmHg; C, +8 mmHg); frecuencia respiratoria (A, 15 rpm; B, 20 rpm; C, 22 rpm); volumen minuto: (A, 9,7 l/min; B, 9,5 l/min; C, 10,6 l/min). A pesar de ello, las pacientes presentaban una situación de hipoxemia, más severa en el caso de la paciente C. Presentaban acidosis respiratoria compensada las pacientes A y B, y una acidosis respiratoria aguda la paciente C. El estado hemodinámico de las tres se mantenía con fármacos vasoactivos (A, dopamina y noradrenalina; B, dopamina) a dosis alfa.

Instauración de la ventilación en decúbito prono

En el caso de la paciente A, se inició a los 22 días de su ingreso, y se llevó a cabo durante 4 horas alternando decúbito prono con decúbito supino cada 12 horas. Se mantuvo durante 8 días (fig. 3), y se suspendió por apa-

rición de varios neumotórax. La evolución de la paciente fue favorable, y se le dio de alta de nuestra unidad 38 días después de la ventilación en decúbito prono.

En la paciente B se inició a los 21 días del ingreso, con una indicación terapéutica de 4 horas, alternándose con decúbito supino, durante 4 días (fig. 4). Se suspendió por mejora del compromiso respiratorio. Posteriormente la paciente evolucionó hacia un fracaso multiorgánico, que llevó al fallecimiento de la paciente a los 52 días.

En el caso de la paciente C se inició a las 2 semanas aproximadamente del ingreso, manteniéndose el decúbito prono durante 9 horas de forma permanente (fig. 5). Se suspendió por mejoría notable de su compromiso respiratorio. Al día siguiente su situación empeoró, por lo que se intentó de nuevo la ventilación en decúbito prono, que se suspendió a los 5 minutos por inestabilidad hemodinámica. A partir de aquí, la situación general de la paciente evolucionó favorablemente.

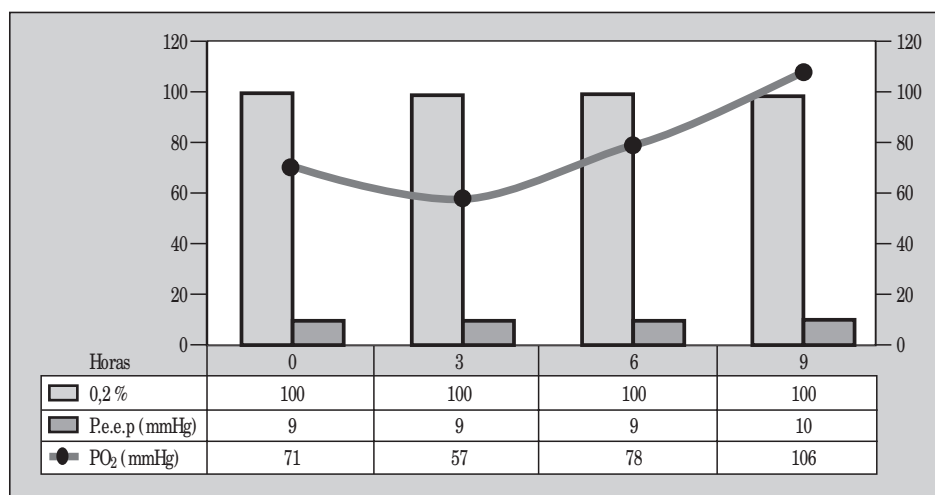


Fig. 5. Cambios en el patrón respiratorio durante la VDP (paciente C).

Plan de cuidados a pacientes sometidos a VDP

Presentamos a continuación la metodología de trabajo empleada en las tres pacientes sometidas a VDP.

- Valoración, cuya finalidad fue recabar información mediante recogida de datos. Se procedió a la identificación de diagnósticos enfermeros comunes a las tres pacientes durante la ventilación en decúbito prono siguiendo la taxonomía de la NANDA.

- Establecimiento de los resultados esperados.

- Aplicación de acciones cuidadoras derivadas de cada diagnóstico.

- Evaluación de los resultados.

La valoración se llevó a cabo de forma individual, con objeto de detectar los problemas en cada paciente. Tras una priorización de los mismos, se elaboró el plan de actuación a seguir en cada caso. Los datos que se recogieron fueron los siguientes:

Oxigenación: Tipo de respiración, alteraciones, presencia de tos y sus características, expectoración, presencia de traqueotomía y cuidados necesarios.

Nutrición-hidratación: Ingesta habitual de alimentos, dieta, ingesta habitual de líquidos, problemas en la deglución.

Eliminación: Hábito intestinal (alteraciones y/o ayudas); hábito vesical (alteraciones).

Sueño-reposo: Patrón habitual (alteraciones y ayudas).

Actividad-ejercicio/aseo-higiene: Actividad habitual, trabajo, ejercicio físico, deambulación (alteraciones y si precisa ayuda); aseo e higiene habitual.

Cognitivo-perceptivo y de relación: Alteraciones sensoriales, comunicación, lenguaje, estado mental, comprensión y memoria, conocimiento de su estado de salud y respuesta al mismo, situación laboral y relaciones, valores y creencias.

Sexualidad-reproducción: Estado civil, hijos, presencia de problemas en el aparato reproductor.

Exploración física: Piel y mucosas, edemas, peso, talla, pupilas (tamaño y reactividad a la luz), presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

Estos datos se deben recoger en el momento del ingreso del paciente, pudiéndose complementar en las primeras 24 horas de estancia, aunque hay datos que se pueden recoger posteriormente, a tenor de las circunstancias que rodeen el ingreso. En los casos que tratamos, debido a la imposibilidad de comunicarnos con las pacientes, los datos de cada una de ellas y de forma individual se obtuvieron de la familia, la historia clínica y la exploración física. A partir de la valoración realizada de forma individual a las tres, se evidenció que antes de su enfermedad todas tenían una calidad de vida buena, siendo au-

tosuficientes para cubrir sus necesidades básicas diarias.

En el momento de aplicar el plan de cuidados, y para identificar los problemas concretos en su situación nos servimos de la valoración inicial, y en las pacientes a las que el médico les prescribió ventilación en decúbito prono se añadieron aquellos datos que se identificaban por primera vez. La similitud de los tres casos nos llevó a detectar y priorizar una serie de problemas más relevantes que se daban en los tres, por lo que realizamos una planificación común a todos ellos:

- Compromiso respiratorio.

- Alteraciones hemodinámicas.

- Alteraciones neurológicas: ausencia de reflejos.

- Alteraciones nutricionales-metabólicas.

- Deterioro general, que incapacita para llevar a cabo sus autocuidados relacionados con el aseo diario y alimentación.

- Inmovilidad.

En el anexo 1 se presenta el plan de cuidados común a las tres pacientes.

La individualización nos llevó a definir los siguientes.

En las pacientes A y B, exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso en los mecanismos reguladores. En la paciente C, déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos en el postoperatorio.

Evaluación de resultados

Se detectaron varios cambios en el patrón respiratorio acompañados de signos de hipoxemia e hipercapnia, que precisaron de modificaciones terapéuticas. En el caso de las pacientes A y C, en todo momento se mantuvo la vía aérea permeable y no aparecieron signos de broncoaspiración. En el momento del alta ambas pacientes presentaban respiración espontánea, con traqueotomía cerrada y aporte de oxígeno con ventimask. En el caso de la paciente B, la situación fue empeorando progresivamente hasta hacerse irreversible y conducir a la muerte.

En la evolución de las pacientes A y C se pasó de un aporte energético-calórico mediante nutrición enteral por sonda nasogástrica a tomar alimentos por boca de forma paulatina, hasta una dieta individualizada. La paciente B se mantuvo con nutrición enteral. En las tres pacientes se apreció una pérdida importante de peso.

Durante su estancia las tres pacientes sufrieron episodios alternativos de diarreas y estreñimiento. Las pacientes A y C recuperaron el autocontrol de su esfínter anal. La paciente B continuó con incontinencia fecal debido a pérdida del control del esfínter como consecuencia de estar bajo efectos de sedación.

Anexo 1. Plan de cuidados

Diagnósticos	Acciones
Oxigenación	
1. Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro cognitivo-perceptual. Resultado esperado: Se identificará con rapidez los cambios críticos en el patrón respiratorio	1.1 Vigilar signos de hipoxemia e hipercapnia. 1.2 Auscultación de ruidos respiratorios. 1.3 Vigilancia y registro de parámetros respiratorios. 1.4 Realización de gasometrías. 1.5 Colaboración en exámenes diagnósticos.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c secreciones traqueobronquiales. Resultado esperado: Mantenimiento de la vía aérea permeable.	2.1 Valoración y aspiración de secreciones. 2.2 Fisioterapia respiratoria. 2.3 Administración de aerosolterapia. 2.4 Lavado bronquial con suero y/o mucolíticos.
3. Riesgo de aspiración r/c ausencia de reflejos Resultado esperado: Evitar aspiración	3.1 Valoración del nivel de conciencia. 3.2 Vigilar y mantener presión de neumotaponamiento. 3.3 Vigilar aparición de náuseas y/o vómitos. 3.4 Valoración de contenido gástrico en secreciones bronquiales. 3.5 Interrupción de dieta enteral 30 minutos antes de bajar el plano de la cama. 3.6 Cuidados de la SNG: comprobar permeabilidad.
Nutrición-hidratación	
4. Déficit de autocuidados: alimentación Resultado esperado: Ingesta calórica diaria adecuada.	4.1 Dieta absoluta: SNG a bolsa. 4.2 Colocación de vía para alimentación parenteral. 4.3 Control de glucemia: insulina s/p.
5. Desequilibrio de volumen de líquidos Resultado esperado: Se identificará con rapidez los desequilibrios críticos de líquidos y/o electrolitos.	5.1 Control de constantes vitales: FC, PA, temperatura, diuresis horaria. 5.2 Control de presión venosa central. 5.3 Valoración y seguimiento de balance hídrico. 5.4 Vigilar aparición de signos de sangrado. 5.5 Transfusión sanguínea. 5.6 Mantenimiento de la perfusión intravenosa. 5.7 Extracción de analíticas.
Eliminación	
6. Incontinencia fecal r/c deterioro cognitivo-perceptual. Resultado esperado: Identificación de cambios en su hábito intestinal.	6.1 Valoración de heces: cantidad, frecuencia y consistencia. 6.2 Inserción de sonda rectal.
7. Alteración de la eliminación urinaria r/c deterioro sensorio-motor. Resultado esperado: Mantenimiento de la permeabilidad de la sonda vesical.	7.1 Cuidados de sonda vesical. Comprobar permeabilidad.
Moverse y mantener la postura	
8. Deterioro de la movilidad física (nivel: 4) r/c deterioro cognitivo perceptual. Resultado esperado: • Se evitará compresiones, daños y rigidez muscular. • Se mantendrá la alineación corporal.	8.1 Mantenimiento de la alineación corporal. 8.2 Movimientos pasivos. Ejercicios musculares. 8.3 Colocación de protecciones blandas en articulaciones, para evitar su hiperextensión.
Mantener la temperatura corporal	
9. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y estasis de líquidos corporales. Resultado esperado: • No se producirán signos, ni síntomas de infección. • Identificación rápida de los cambios de temperatura.	9.1 Medición y control de la temperatura. 9.2 Usar técnica estéril en procedimientos invasivos. 9.3 Colaboración en exámenes y pruebas diagnósticas. 9.4 Recogida de muestras de orina, heces y secreciones para cultivo. 9.5 Recogida de muestras de sangre para cultivo. 9.6 Vigilar signos de flebitis: cuando se retire un catéter, mandar la punta a cultivar. 9.7 Cuidados de la SNG reflejando: nombre, número, fecha de implantación y cambio. 9.8 Cuidados del sondaje vesical: nombre, número, fecha de implantación y de cambios. 9.9 Cura de catéteres arteriales y venosos reflejando: tipo, localización, fecha de implantación y cambios. 9.10 Mantener apósitos limpios y secos. 9.11 Cambio de sistemas de perfusión y llaves de conexión. 9.12 Cuidados del estoma de traqueotomía, cambio de cánula semanal reflejando: tipo, número, fecha de realización y de cambio. 9.13 Valoración de aspecto de secreciones, líquidos corporales y exudados.
Higiene y protección de la piel	
10. Déficit de autocuidados: baño-higiene r/c deterioro general. Resultado esperado: Cabello, ojos, oídos, nariz, piel, uñas, boca y dientes limpios. Ausencia de olor corporal.	10.1 Baño diario y cuando sea preciso 10.2 Mantener cama seca, limpia y sin arrugas 10.3 Higiene dental, ocular y de mucosas 10.4 Lavado de cabeza y cuidados del cabello 10.5 Higiene y cuidado de uñas 10.6 Instalación de medidas de protección 10.7 Higiene y cuidados del perineo
11. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c la inmovilidad. Resultado esperado: Mantener piel limpia, hidratada y buena coloración.	11.1 Valoración según escala Nova-5 11.2 Colocación de almohadillado en zonas de presión 11.3 Observación de signos y síntomas de mala perfusión periférica 11.4 Aplicación de masaje corporal con crema hidratante.

Al término de su estancia en nuestra unidad, en las pacientes A y C se iniciaron maniobras de rehabilitación urinaria, hasta la retirada de la sonda vesical. Con la paciente B hubo que mantener el sondaje vesical por pérdida de control por efectos de sedación.

Con las tres se realizaron ejercicios de amplitud de movimiento, apoyados por la unidad de fisioterapia, y se consiguió prevenir compresiones y daños musculares, manteniéndose un mínimo grado de rigidez del tono muscular que en las pacientes A y C requirió tratamiento tras el alta hospitalaria. En las tres se evidenció físicamente una gran pérdida de masa muscular.

Se detectaron varios picos febriles, que precisaron medidas antipiréticas tanto físicas como químicas, cambios de catéteres (venosos, arteriales, vesicales), extracción de muestras para cultivos, y prescripción y administración de nuevas pautas de antibioterapia.

Tras los cuidados realizados, las pacientes tuvieron cubiertas en todo momento sus necesidades higiénicas diarias. En el momento del alta, las pacientes A y C presentaban un déficit parcial en sus autocuidados. En el caso de la paciente B se mantuvo el déficit total.

A pesar de los cuidados y medidas antiescaras administrados a las tres pacientes, el resultado al alta fue que la paciente A presentó úlceras de presión de segundo grado a nivel occipital y en los talones y de tercer grado a nivel sacro; en la paciente B la piel se mantuvo intacta, evidenciándose solamente úlceras por presión de primer grado en zonas prominentes; en la paciente C las úlceras por presión fueron similares a las de la paciente A en grado y localización.

Discusión de resultados

Hemos descrito el caso de tres pacientes que fueron sometidas a ventilación en decúbito prono, que presentaban distinto motivo de ingreso. Hemos expuesto los datos de la valoración inicial, en la que se recoge la situación previa de las pacientes antes de la indicación de la técnica, siendo diferente para cada una de ellas, aunque en el momento de aplicárseles la ventilación en decúbito prono presentaban las mismas necesidades básicas no cubiertas. Esto hace pensar que la realización de un plan de cuidados estandarizado puede ser válido y eficaz, siempre que la valoración siga siendo individual y continua para poder detectar la aparición de nuevos problemas y así tener la posibilidad de incluir acciones específicas necesarias para solventar un problema no incluido en este plan.

En las tres pacientes se utilizó la misma metodología de actuación: valoración inicial, valoración en el momento de la ventilación en decúbito prono, detección de problemas, priorización, identificación de diagnósticos enfermeros, definición de resultados a

esperar, realización de actividades independientes e interdependientes, y evaluación de los resultados obtenidos. Debido a la situación tan crítica de las pacientes, este plan requirió una evaluación continua que permitió modificar acciones con respecto a los objetivos marcados.

Cuando trabajamos con pacientes críticos, es fundamental realizar una priorización de cuidados. Los cuidados de enfermería durante el período crítico van encaminados principalmente a la vigilancia y detección de cambios en la situación clínica de los pacientes, predominando las actividades interdependientes. Los cuidados de vigilancia y detección de alteraciones en el patrón respiratorio y en la situación hemodinámica principalmente proporcionaron la oportunidad de modificar la actitud terapéutica de forma rápida, que en el caso de las pacientes A y C repercutieron favorablemente en su evolución, cosa que no ocurrió en el caso de la paciente B, en la que las modificaciones realizadas no impidieron la evolución irreversible de la paciente. No debemos olvidar aquellas acciones propias de enfermería destinadas a mantener la seguridad y el confort y a proporcionar apoyo emocional, a veces consideradas menos relevantes o importantes en ese momento, pero que influyeron notablemente en la evolución y recuperación posterior de los pacientes.

En ocasiones el cumplimiento de los objetivos marcados no repercute de igual forma en la evolución. En nuestra experiencia aquí expuesta, hubo dos pacientes que fueron dadas de alta en condiciones similares, mientras que la otra paciente falleció. Sin embargo, cabe destacar que en el caso de la paciente fallecida se cumplieron todos los objetivos de enfermería marcados, ya que no presentó ninguna escara. Se ha de tener en cuenta que las tres pacientes presentaban 12 puntos en la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión NOVA-5 y que a las tres se les proporcionaron los mismos cuidados especificados en el plan estandarizado. Esto se explica por la diversidad de factores de riesgo que inciden en la producción de escaras. De entre todos los factores hay algunos como los cuidados de la piel para mantenerla en buen estado, la humedad, la inmovilidad, la presión en zonas prominentes, etc., sobre los que la enfermera actúa para prevenir la aparición de úlceras por presión. Sin embargo, hay un factor principal, que es el estado nutricional del paciente, que se escapa a nuestra competencia, ya que va a depender del aporte nutritivo que en estas situaciones críticas es facultad del médico y de la situación hipercatabólica de cada paciente. Esto puede justificar el que, pese a aplicar los mismos cuidados a las tres pacientes, los resultados fueran diferentes.

A modo de conclusión queremos resaltar lo siguiente:

– Los resultados van a depender de la rapidez en la instauración del tratamiento, principalmente, y del tipo de afección pulmonar. Los estudios realizados indican que la VDP es más efectiva cuando se instaura en las primeras 24-36 horas de la hipoxemia severa.

– Si realizamos dos valoraciones de enfermería, antes de la ventilación en decúbito prono y otra durante la misma, observaremos que los diagnósticos detectados en ambos casos van a coincidir.

– Los cuidados de enfermería a pacientes sometidos a ventilación en decúbito prono no van a variar demasiado con respecto a los que necesitaban antes del inicio de esa técnica de ventilación, aunque determinadas acciones serán de más difícil realización para los profesionales de enfermería. Cabe destacar que se intensificará la valoración, vigilancia y seguimiento tanto hemodinámico como del compromiso respiratorio en los primeros momentos posteriores al cambio.

– Hay situaciones que ponen en evidencia las limitaciones existentes en el campo de la medicina y la enfermería, ya que en situaciones similares y proporcionando idénticos cuidados los resultados finales son diferentes.

Bibliografía general

- Fisher A, Foex P. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. En: Tratado de Medicina Interna. Barcelona: Artel, 1993; 6: 2587-2593.
- González-Moya Rodríguez de Mondelo E, Arnedillo Muñoz A, Picazo Sotos L. Fallo respiratorio agudo. Principio de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Salobreña (Granada): Ed. Alhulia, 1999; 355-359.
- Mole B. Las escaras. Enfermería General Práctica 1991; 1: 307-317.
- Rama-Maceiras P, Duro J, Figueira-Moure A, Rey-Rilo T, et al. Ventilación en decúbito prono a un paciente con distrés respiratorio tras cirugía cardíaca. Rev Esp Anestesiología Reanimación 1999; 46: 81-84.
- Salas de Chávez S, Alzaga T, Crespo C, Martínez Rincón C, Álvarez T. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definición y Clasificación 1995-1996. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1997.