



Procedimiento de posicionamiento decúbito prono: Paciente intubado

A. Personal

1. 3 Enfermeras
2. 1 Terapeuta respiratorio con licencia (LRT)
3. Equipo de cuidados críticos (debe ser notificado antes de reposicionar)

B. Equipo necesario

1. Cama de cuidados críticos
2. Hoja plana
3. Almohadas para posicionamiento
4. Bolsa de liquidod de 1000 ml (retire 250 ml de líquido para ablandar la bolsa y usarla como almohada facial)

C. Antes de reposicionar

1. Explique el procedimiento al paciente y a su familia.
2. Asegurar que el equipo discuta los detalles del procedimiento.
 - i. Asignar roles
 - ii. Ensamblar equipos
 - iii. Asegúrese de que las tareas y procedimientos que no se pueden realizar en posición prona (p. Ej., tomografía computarizada, colocación de sonda de alimentación, ecocardiografía) se hayan realizado antes del reposicionamiento.
3. Asegúrese de que el equipo de emergencia esté disponible.
4. El uso de relajantes musculares (Paralisis) no es necesaria, pero el paciente debe estar bien sedado antes del reposicionamiento.
5. Debe haber un mínimo de 4 personas, una de las cuales debe ser Terapeuta Respiratorio.
6. Asegúrese de que el tubo endotraqueal (TE) esté en buena posición y bien asegurado. Remueve el protector buccal/dental para minimizar lesionar la piel. Si el ventilador está a la izquierda del paciente, el TE debe ser asegurado al lado derecho de la boca y viceversa antes de reposicionar.
7. Verifique los signos vitales, preoxigene con FIO₂ de 100% durante 3 minutos y succione TE / orofaringe.
8. Preparar al paciente para el reposicionamiento.
 - i. Suspenda el equipo, los líquidos intravenosos y los equipos neumaticos de profilaxia contra DVT/PE si no es necesario durante el reposicionamiento.
 - ii. Tape las sondas nasogástricas y orogástricas y detenga la alimentación por sonda. Se sugiere la alimentación post-pilórica para reducir el riesgo de aspiración.
 - iii. Prepare todas las líneas y tubos para colocarlos antes de reposicionarlos. Las líneas y tubos del paciente se ubicarán en el lado opuesto de la cama después de reposicionar. Mueva las bombas y tubos intravenosos al pie de la cama para evitar que el paciente se recueste en las líneas mientras reposiciona.



- iv. Es posible que deba colocarse un apósito de espuma sobre prominencias óseas para proteger la piel.
 - v. Coloque gel de lubricación ocular en ambos ojos para proteger las córneas de lesiones por resequedad. Si no puede mantener los párpados en posición cerrada, es posible que deba cerrarlos con cinta adhesiva.
9. Retire todo el equipo de monitoreo justo antes de repositonarlo. Los electrodos del ECG deberán extraerse del tórax del paciente y colocarse en la espalda del paciente. Recuerde reemplazarlos en el torax después de repositonarlos.

D. Reposicionamiento

1. Con la cama ajustada a la inflación máxima, tire del paciente hacia un lado de la cama, opuesto al ventilador. Siempre gire al paciente en la dirección del ventilador.
2. Coloque una sábana nueva en el lado de la cama opuesto al paciente (lado del ventilador). Un tercio de la sábana debe estar debajo del paciente. Esta será la sabana limpia que se tira debajo del paciente para ayudar con el reposicionamiento.
3. El terapeuta respiratorio debe colocarse en la cabecera de la cama para controlar las vías respiratorias y el tubo del ventilador mientras se reposiciona.
4. Las enfermeras deben colocarse a cada lado del paciente.
5. Inclíne al paciente hacia un lado, girándolo hacia el ventilador, con la cara del paciente hacia el ventilador. El brazo al lado del colchón debe estar al lado del cuerpo.
6. Vuelva a verificar todas las líneas y vuelva a succionar las vías respiratorias si es necesario.
7. Continúe girando al paciente por completo, hacia el ventilador, a la posición prono. Use la nueva sabana para detener al paciente. Deseche la sabana vieja.
8. Coloque la cabeza del paciente sobre la almohada, con la cara del paciente vuelta hacia el ventilador. Vuelva a verificar el TE y los sonidos de respiración.
9. Coloque al paciente en el centro de la cama usando la sábana. Eleve al paciente usando la sábana para colocar la almohada o almohadas debajo de la línea del pezón, permitiendo que la cabeza del paciente cuelgue libremente.
10. Coloque los brazos del paciente en posición de nadador. El brazo cerca del ventilador debe estar colocado hacia la cabecera de la cama. La mesa de noche y las almohadas se pueden usar para colocar este brazo si no se puede colocar hacia arriba hacia la cabecera de la cama. El brazo opuesto debe colocarse hacia el pie de la cama.
11. Coloque al paciente en posición inversa de Trendelenburg con rotación lateral del cuerpo y almohadas debajo del lado del paciente con el brazo hacia arriba. Esto mitiga el riesgo de aspiración y reduce la presión del tórax por el contenido abdominal y mejora el drenaje venoso que puede reducir el riesgo de edema facial y de párpados.
12. Para minimizar lesiones de la piel y facilitar la expansión pulmonar, coloque almohadas debajo de las piernas para proporcionar una flexión suficiente para que los dedos floten de la superficie de la cama. Asegúrese de que el abdomen del paciente no cree presión sobre el diafragma; Puede ser necesario acolchar las caderas y los hombros con almohadas para permitir que el abdomen cuelgue en lugar de comprimir el tórax.
13. Reemplace el ECG y el equipo de monitoreo. Reevaluar los signos vitales.
14. Evaluar los cambios en los parámetros ventilatorios y la oxigenación, posible malposición de TE o torceduras y necesidad de succión después de reposicionar.
15. Vuelva a conectar los tubos de alimentación nasogástrica y orogástrica, las vías intravenosas y otros equipos. Asegurarse que los tubos y el equipo no estén debajo del



paciente, para evitar la lesiones de la piel y evitar compression de cualquiera de los equipos o dispositivos.

16. Reposicione el cuerpo, las extremidades y la cabeza cada 2-4 horas (nadando) para minimizar el riesgo lesiones de la piel y edema. Evalúe la piel, si es posible, en busca de áreas que permitan identificar tempranamente lesiones por presion.
17. El médico determinará la duración de la posición prono según la tolerancia del paciente. Es recomendó que el paciente se voltee cada 8-12 horas a la posición supina para evaluar la presencia o no de lesiones de piel.
18. El cambio en el estado respiratorio puede demorar entre 10 y 15 minutos después de colocar al paciente en decúbito prono. El paciente también puede descompensarse por el posicionamiento a prono.
19. Si el paciente se descompensa o presenta paro cardíaco o empeoramiento del estado respiratorio, rápidamente reposicionar a la posición supina.

E. Volviendo a la posición supina

1. Explique el procedimiento al paciente y a su familia.
2. Verifique los signos vitales, preoxigene con FIO₂ al 100% durante 3 minutos y succione TE / orofaringe.
3. Prepare todas las líneas y tubos antes de reposicionar de la misma manera que fueron preparados antes de colocar al paciente en decúbito prono.
4. Tire del paciente hasta el costado de la cama, frente al ventilador. Ajustar la cama a inflación máxima.
5. Repita el procedimiento de giro como se describe arriba.
6. Continúe girando al paciente hasta la posición supina en el centro de la cama.
7. Evaluar los signos vitales, la oxigenación y la ventilación.
8. Vuelva a evaluar la posición y la función de todas las líneas y tubos y reemplace los electrodos del ECG en el paciente, colocandolos en el torax.
9. Vuelva a evaluar la piel para evaluar o buscar lesiones por presión, identificando áreas para el relleno alternativo antes regresar al paciente a la posición prono.

Note: Terapista Respiratorio es Tambien llamado Quinesiologo en algunos paises de Sur America.