



Para tener datos con los que valorar los cambios en el paciente, se les tomó muestras sanguíneas para valorar los gases arteriales en la posición inicial de supino, una hora tras el decúbito prono, a las 6 horas del decúbito prono y 1 hora desde el retorno a la posición inicial. Así mismo, se utilizó la gráfica de enfermería como referente para el registro de los parámetros de la frecuencia cardíaca (FC), la tensión arterial (TA), la saturación de oxígeno (Sat O2) y las respiraciones.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergentes de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Se recogieron los datos ya descritos y se comprobó que los 6 pacientes mostraron un incremento de la PaO<sub>2</sub>, de la relación de PaO<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub> y en la saturación de O<sub>2</sub>, en la primera hora desde la colocación en el decúbito prono. Este resultado se mantuvo en la segunda medición que se tomó a las 6 horas del cambio postural y no hubo retroceso en los patrones registrados al volver a colocarlo en decúbito supino.

Dada la evolución, se consiguió disminuir la Fio<sub>2</sub>, que tenían pautada en la ventilación mecánica al 100% para mantener saturaciones en torno al 88-92%, pudiendo en 5 de los 6 casos tratados reducirse al 60%, manteniéndose saturaciones alrededor de 92%.

No hubo repercusión negativa en los registros de FC ni TA del paciente.

De ello, podemos deducir que, en nuestro estudio, el decúbito prono es una técnica que ha posibilitado mejorar la saturación de oxígeno y disminuir la FiO<sub>2</sub>, sin que ello conlleve una repercusión hemodinámica en el paciente, pues ni la TA ni la FC han sufrido variaciones significativas. Y dado que la recolocación al supino no ha supuesto ningún contratiempo, hemos podido comprobar que la posición en prono puede mantenerse por más de 6 horas (en nuestra unidad se les dejaba 12 horas).

Entre las limitaciones del estudio, cabe mencionar que el reducido número de pacientes incluidos dificulta la validez de los resultados, pese a registrarse una mejor oxigenación en sangre arterial no podemos pasar por alto que el manejo del SDRA es complejo y que cuatro de los seis pacientes finalmente fallecieron.

Sería necesario realizar nuevos estudios con una muestra mayor que permitieran medir los beneficios e indicaciones de esta intervención, dado que en nuestra unidad el volumen de casos con SDRA no nos ha posibilitado que nuestro estudio tenga mayor envergadura.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Dado el papel que juega enfermería en el cambio al decúbito prono, es fundamental que tomemos conciencia que debe realizarse en un clima de calidad y con todas las medidas de seguridad necesarias. Para ello, se creó el protocolo y se estableció que sólo una persona cualificada dirigiera la operación, sin eximir de vigilancia y cuidados al paciente al resto de participantes de la técnica.

El decúbito prono, siguiendo protocolo estandarizado para su adecuada realización, presenta un escaso índice de complicaciones. Por el contrario, sus beneficios han sido anteriormente detallados, siendo mucho más elevados sus efectos positivos que los negativos.

En nuestros pacientes, sólo se ha registrado edemas localizados en los párpados en tres de los seis casos y úlcera de primer grado en dos pacientes en las rodillas (ambos pacientes presentaban perfusión tisular inefectiva en los miembros inferiores).

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Como se ha comentado anteriormente, este estudio no comprende un número muy elevado de casos, por lo que sería interesante que pudiera realizarse a mayor escala.

De igual modo, podrían investigarse otras variables, como cuál es el momento adecuado para iniciar el decúbito prono desde que se diagnostica el SDRA o mejoras en la técnica del cambio postural, para que sean necesarios menos participantes, sin perder en seguridad ni calidad asistencial, tanto para el paciente como para el profesional sanitario.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1)ASHBAUGH, D.G.; BIGELOW, D.B.; PRETTY, T.L.; LEVINE, B.E. Acute respiratory distress in adults. Lancet; 2: 319-323. 1967
- (2)CABRERA, A.; CARRERA, M.; MÉNDEZ, R. Efecto de la posición decúbito prono en el intercambio gaseoso de pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Revista Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2002; 16 (1): 16-22
- (3) VIEILLARD-BARON, A.; RABILLER, A.; CHERGUI, K.; PEYROUSET, O.; PAGE, B.; BEAUCHET, A. et al. Prone position improves mechanics and alveolar ventilation in acute respiratory distress syndrome. Intensive Care Med. 2005; 31: 220-226.
- (4) SUD, S.; SUD, M.; FRIEDRICH, J.O.; ADHIKARI, N.K.J.; Effect of mechanical ventilation in the prone position on clinical outcomes in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review. CMAJ. 2008; 178: 1153-1161.