

Posición prona: cada día más común en paciente despierto hospitalizado por COVID-19

Prone position: is every day more common in awake hospitalized patients affected by COVID-19

Francisco Villanueva-Valverde ^{1,2ab}

Señor Editor. La incidencia en la sintomatología por insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en Costa Rica es relativamente alta, como lo es también, el incremento considerable en las hospitalizaciones de pacientes con enfermedad por COVID-19 en los últimos tiempos. Desde el inicio de la pandemia, se han llevado a cabo estrategias para contrarrestar el daño multiorgánico que pueda generar esta enfermedad, especialmente su afectación a nivel pulmonar que amerita la implementación de estrategias tempranas y oportunas, entre ellas la colocación en posición prona (boca abajo) del paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y que requiere soporte ventilatorio invasivo (SVI) en las Unidades de Cuidados Intensivos. Esta estrategia en este tipo de pacientes se ha asociado a una disminución de la mortalidad cuando su duración es superior a 12 horas y con SVI ^(1,2).

El paciente que se encuentra en posición prona mejora la oxigenación arterial debido a que la parte anterior del parénquima pulmonar es más cónica que la parte posterior, lo que evidencia una alta densidad alveolar en esta zona y permite una mayor perfusión alveolar, así como una menor compresión abdominal en bases pulmonares ⁽³⁾. Además, la masa cardíaca se apoya sobre el esternón, lo que genera una disminución de la compresión pulmonar y favorece su expansión. A su vez, la precarga en el corazón disminuye, lo que mejora el índice cardíaco y la oxigenación arterial ⁽⁴⁾.

1. Escuela de Enfermería, Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica
2. Hospital del Trauma, Instituto Nacional de Seguros. San José, Costa Rica
 - a. Licenciado en Enfermería
 - b. Máster en Gerencia en Enfermería

Recibido: 11-11-2020 Aceptado: 05-12-2020

Desde los años 70, hay evidencia de estudios relacionados con los efectos fisiológicos favorables de la posición prona en la oxigenación del paciente en estado crítico con SVI ^(5,6). Sin embargo, es a partir del año 2015, que se registran los primeros ensayos de esta posición en pacientes despiertos con IRA y uso concomitante de cánulas de alto flujo y ventilación mecánica no invasiva. Los resultados evidencian una disminución en la necesidad de intubación endotraqueal, así como la tendencia a la baja en la mortalidad ^(7,8,9,10).

El aumento significativo de casos positivos por COVID-19 en hospitalización, así como la indicación de realizar la técnica de manera temprana en pacientes con síntomas de IRA, amerita que el profesional de enfermería cumpla un papel primordial en la educación y realización de esta, donde es importante que el paciente despierto se encuentre orientado en las 3 esferas, debe ser cooperador, tener la facilidad de comunicarse y de poder cambiar de posición corporal por sí mismo ^(11,12).

La valoración de la frecuencia respiratoria, saturación parcial de oxígeno, esfuerzo ventilatorio, uso de músculos accesorios y la comunicación sobre la sensación de no tener dificultad para respirar, son acciones que deben llevarse a cabo antes y después de realizar el cambio de posición. La tolerancia depende de factores como la ansiedad y comodidad que tenga el paciente, así como la utilización de algún dispositivo de oxigenoterapia.

Citar como: Villanueva-Valverde F. Posición prona: cada día más común en paciente despierto hospitalizado por COVID-19. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(4):238-239

La respuesta fisiológica después del cambio de posición del paciente es importante también evaluar en tiempo, es decir a los 15, 60 y 120 minutos o de acuerdo con el criterio profesional. No obstante, existen otros parámetros que pueden ser valorados de igual o mayor importancia como son los valores de la presión arterial, frecuencia cardiaca y gasometría arterial ⁽¹²⁾. La posición prona en paciente despierto hospitalizado por COVID-19 según la perspectiva y la experiencia del profesional de enfermería al cuidado de estos, debe mantenerse entre 2 y 4 horas y puede ser realizada de 2 a 4 veces al día respetando la indicación médica. ^{11,12)}.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de Interés

El autor niega tener conflictos de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papazian L, Aubron C, Brochard L, et al. Formal guidelines: management of acute respiratory distress syndrome. *Ann Intensive Care*. 2019; 9 (1): 69. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0540-9>.
2. Munshi L, Del Sorbo L, Adhikari N, et al. Prone Position for Acute Respiratory Distress Syndrome. A Systematic Review and MetaAnalysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2017; 14 (4): 280-288.
3. Agrawal S, Goel A. Prone position ventilation in Acute Respiratory Distress Syndrome: An overview of the evidences. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2015; 59 (4): 246-248.
4. Setten M, Plotnikow G, Accoce M. Decúbito prono en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016; 28(4): 452-462.
5. Piehl M, Brown R. Use of extreme position changes in acute respiratory failure. *Crit Care Med*. 1976; 4 (1): 13-4.
6. Douglas W, Rehder K, Beynen F, et al. Improved oxygenation in patients with acute respiratory failure: the prone position. 1977; 115 (4): 559-66.
7. Scaravilli V, Grasselli G, Castagna L, et al. Prone positioning improves oxygenation in spontaneously breathing nonintubated patients with hypoxemic acute respiratory failure: A retrospective study. *Journal of Critical Care*. 2015; 30 (6): 1-2.
8. Pérez O, Deloya E, Pozos K, et al. Case Report: Prone Positioning and Nasal High Flow Oxygen Therapy - An Alternative Strategy to Invasive and Non-Invasive Ventilation in a Case of Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *European Scientific Journal*. 2019; 15 (3): 69-81.
9. Ding L, Wang L, Ma W, et al. Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: a multi-center prospective cohort study. *Critical Care*. 2020; 24 (28): 2-8.
10. Pérez O, Guerrero M, Deloya E, Ñamendys S. Prone positioning combined with high-flow nasal cannula in severe noninfectious ARDS. *Critical Care*. 2020; 24 (114): 2-3.
11. Fernández R, Catarinella C, Chacón L. Soporte ventilatorio no invasivo y posición prono despierto en paciente con COVID-19. *Revista Médica de Costa Rica*. 2020; 85 (629): 67-72.
12. Sepulveda, P., Porras, M. Guía prono vigil usuarios con insuficiencia respiratoria en contexto de pandemia COVID-19. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva. Publicada 2020. Disponible en https://www.medicina-intensiva.cl/site/covid/guias/Guia_prono_vigil.pdf

Correspondencia

Francisco Villanueva Valverde

Email: jfranvv1290@gmail.com