



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LESIONES POR
PRESIÓN EN PACIENTES CON POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN LA UCI
DE UN HOSPITAL DE HUÁNUCO 2024

NURSING INTERVENTIONS TO PREVENT PRESSURE INJURIES IN
PATIENTS IN THE PRONE POSITION IN THE ICU OF A HOSPITAL IN
HUANUCO 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR

VERONICA ROMERO ESPINOZA DE HUÁRAC

ASESOR

PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. Patricia Soledad Obando Castro

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-5129-5609

Fecha de Aprobación: 27 de agosto del 2024

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por haberme permitido llegar hasta esta etapa en mi vida profesional, por las oportunidades y sus bendiciones con él todo, sin él nada. A mis padres por otorgarme siempre las muestras de cariño y colaboración sin condiciones. A mi hijo Fabricio el gran amor puro y sincero que Dios me pudo haber regalado, el gran motor y motivo de superación profesional, personal. A mi amado esposo Jhonathan por su paciencia, comprensión y por supuesto por su gran apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser quien me guía en cada paso que doy y por acompañarme siempre, antes, durante y ahora en el transcurrir del tiempo, brindándome paciencia y sabiduría, sin él no hubiera sido posible este camino, a quien pido cada día que me ilumine y me haga dar lo mejor de mí en todos los aspectos de mi vida. A mis amados padres Elizabeth y Teodoro, por ser ambos mi pilar fundamental a lo largo de mi formación profesional, que me impulsan a ser mejor y en especial a mi madre por ser mi mayor fuerza, fortaleza y enseñarme que, si puedo lograr lo que me propongo, espero ser siempre un orgullo para ustedes. A mi hijo Jheferson mi mayor tesoro, la personita que dio y da luz en el día a día, mi niño el amor hermoso de mi vivir, por ser paciente, ante todo los acontecimientos realizados durante el proceso personal, profesional. A mi esposo Jhonathan, mi amor bonito, mi compañero de vida, gracias mi bonito por ser paciente, por las traspasadas juntos y ayudarme en todo este proceso e impulsarme a que sí se puede a ser mejor cada día. A la Mg. Patricia Obando Castro por su paciencia, sus enseñanzas y constancias de cada día durante este proceso.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR LESIONES POR
PRESIÓN EN PACIENTES CON POSICIÓN DECÚBITO PRONO EN LA UCI
DE UN HOSPITAL DE HUÁNUCO 2024

NURSING INTERVENTIONS TO PREVENT PRESSURE INJURIES IN
PATIENTS IN THE PRONE POSITION IN THE ICU OF A HOSPITAL IN
HUANUCO 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR

VERONICA ROMERO ESPINOZA DE HUÁRAC

ASESOR

PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO

LIMA – PERÚ

2024



18% Similitud estándar

Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet



repositorio.upch.edu.pe

3%

18 bloques de texto 217 palabra que coinciden

2 Internet



hdl.handle.net

2%

18 bloques de texto 143 palabra que coinciden

3 Internet



idoc.pub

1%

13 bloques de texto 108 palabra que coinciden

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS.....	23
III. MATERIALES Y MÉTODOS	24
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXOS	

RESUMEN

Durante la pandemia de SARS-CoV-2 requirió una reacción rápida por parte de los trabajadores de la salud en las unidades de cuidados intensivos (UCI). En estos entornos, se emplearon métodos terapéuticos establecidos, como la posición prona (DP), para abordar la dificultad respiratoria y la hipoxemia refractaria grave, lo que provocó casos de lesión por presión cutánea asociada con esta posición de apoyo. El cuidado de pacientes críticos que utilizan DP exige atención especializada. La coordinación y sincronización de la enfermería dentro de la UCI son esenciales, ya que requieren una preparación y experiencia adecuadas en la ejecución de procedimientos para mantener la movilidad y la higiene del paciente, junto con una supervisión continua destinada a prevenir y tratar las lesiones por presión.

Objetivo: Determinar las intervenciones que implementa la enfermera para prevenir las lesiones por presión en pacientes en posición prono en la uci del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2024. **Metodología:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. la población estará conformada por 20 enfermeras a quienes se aplicará un cuestionario autoadministrado y los datos se analizarán mediante el programa estadístico SPSS 26.0, se describirá las características de frecuencia, porcentaje, mediana, desviación estándar. En la ejecución de la investigación se respetarán los principios éticos de autonomía, no maleficencia y de justicia.

Palabras claves: Intervención de enfermería, prevención, lesiones por presión, pacientes en posición prona.

ABSTRACT

During the SARS-CoV-2 pandemic it required a quick reaction from healthcare workers in intensive care units (ICUs). In these settings, established therapeutic methods, such as prone positioning (DP), were used to address respiratory distress and severe refractory hypoxemia, leading to cases of skin pressure injury associated with this prone position. The care of critically ill patients using PD requires specialized care. Coordination and synchronization of nursing within the ICU are essential, as they require adequate preparation and experience in the execution of procedures to maintain patient mobility and hygiene, along with continuous supervision aimed at preventing and treating injuries from pressure. **Objective:** Determine the interventions implemented by the nurse to prevent pressure injuries in patients in a prone position in the ICU of the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital in Huánuco 2024. **Methodology:** It is a study with a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive approach. The population will be made up of 20 nurses to whom a self-administered questionnaire will be applied and the data will be analyzed using the SPSS 26.0 statistical program, the characteristics of frequency, percentage, median, standard deviation will be described. Ethical principles of autonomy, non-maleficence and justice.

Keywords: Nursing intervention, prevention, pressure injuries, patients in prone position.

I. INTRODUCCIÓN

La prevención de las úlceras por presión en pacientes en posición de decúbito prono dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un tema clave que requiere especial atención. Estos pacientes, a menudo bajo ventilación mecánica o en estado crítico, enfrentan un alto riesgo de desarrollar lesiones por presión por la inmovilidad prolongada y la presión sobre áreas específicas del cuerpo. La aparición de estas lesiones puede afectar negativamente su recuperación, prolongando la hospitalización y aumentando la morbilidad (1).

Estudios recientes, como el de Smith (2021), han evidenciado que las intervenciones de enfermería proactivas reducen considerablemente la aparición de estas lesiones. Entre las estrategias más efectivas están la evaluación frecuente del riesgo, los cambios regulares de posición y el uso de dispositivos para aliviar la presión (2). Asimismo, la revisión realizada por Barrantes y Vargas (2020) señala que la formación continua del personal de enfermería en estas prácticas es esencial para ofrecer una atención de calidad y minimizar el riesgo de complicaciones lo que aumenta los costos de la atención sanitaria (3).

Los pacientes en unidades de cuidados intensivos suelen sufrir lesiones por presión como resultado de diversos factores. Entre ellos se encuentran la aplicación de dispositivos médicos, el estado de perfusión de los tejidos influenciado por su estado hemodinámico y ciertos enfoques terapéuticos destinados a tratar la enfermedad, incluida la posición en decúbito prono. Este método se utiliza en pacientes que padecen síndrome de dificultad respiratoria aguda en etapas de

moderadas a graves, específicamente aquellos con una PaFiO₂ <150 mmHg, para mejorar la oxigenación y facilitar el intercambio de gases (4).

La posición prona (DP) se refiere a una postura en la que el paciente se acuesta boca abajo, con la cabeza girada hacia un lado. Los brazos pueden extenderse a lo largo del cuerpo con las palmas hacia arriba o flexionarse en un ángulo de 90°, asemejándose a la postura de un nadador. Las piernas deben estar extendidas y en posición neutral, con los dedos de los pies dirigidos hacia abajo (5).

La posición boca abajo se emplea en pacientes que experimentan síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) de moderado a grave para mejorar la oxigenación y la relación ventilación/perfusión. Al colocar al paciente boca abajo, se redistribuye el flujo sanguíneo y la ventilación, lo que potencialmente ayuda a la reapertura de las unidades alveolares colapsadas y mejora la perfusión en los alvéolos que anteriormente no recibían suficiente sangre (6).

Pueden surgir complicaciones como lesiones por presión en pacientes en decúbito prono. Las investigaciones indican que las áreas afectadas con mayor frecuencia incluyen la cara (frente, nariz, pómulos, labios, mentón y orejas), el pecho (músculos intercostales, pectorales y mamarios), el abdomen (músculos rectos, oblicuos y transversos), las crestas ilíacas, los genitales masculinos y las extremidades inferiores (muslos, rodillas, piernas y plantas de los pies) (7). Estos problemas están asociados con el tiempo prolongado que el paciente debe mantener esta posición. La evidencia sugiere que permanecer en decúbito prono durante 12 a 16 horas seguidas es aconsejable para lograr los beneficios deseados (8).

Un estudio realizado por Kiraner y Kaya en el 2021 investigó retrospectivamente la aparición de lesiones por presión en la UCI y los factores

relacionados. Los hallazgos fueron que el 56,8% (N = 111) de los pacientes con COVID-19 en la UCI habían desarrollado lesiones por presión, y el 49,4% de ellas se debían a dispositivos médicos (9). De manera similar, una investigación realizada en China con 109 pacientes tratados en la UCI por COVID-19 tuvo como objetivo identificar las razones de las lesiones por presión entre los pacientes colocados en decúbito prono. Esto reveló que el 42,2% (n = 46) experimentó lesiones por presión en diversos sitios. El tiempo desde la intubación en el que se manifestaron estas lesiones fue en promedio de 8 días, siendo las más comunes las llagas o heridas sacras con un 89,1%, seguidas de las faciales con un 23,9% debido a la ventilación mecánica en decúbito prono para mejorar el estado de oxigenación. Otras áreas afectadas incluyeron los talones con un 21,7% y las caderas con un 8,7%, ambas como resultado de la posición boca abajo. Cualquier paciente de UCI con dificultad respiratoria aguda de moderada a grave que sea propenso a desarrollar úlceras por presión debido a factores como: inmovilidad, sedación, relajación y dispositivos necesarios para procedimientos invasivos (10).

En 2016, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión en España (GNEAUPP) sustituyó "úlceras por presión" por "lesión por presión". Es una afección que se caracteriza por degradación de la piel y/o del tejido subyacente que se observa especialmente en áreas donde hay prominencias óseas. Resultado de la acción de uno o más factores como la presión misma más otros como la fuerza de corte o fricción que actúa entre la superficie sobre la que se acuesta el paciente y el cuerpo de este mismo paciente (11).

En la Guía Técnica 2024 avalada por el Colegio de Enfermeras del Perú para la prevención y manejo de lesiones cutáneas en pacientes con riesgo de sufrir

lesiones por presión, la LPP se define como el daño local a la piel y/o tejidos blandos subyacentes. Normalmente, esto ocurre sobre una prominencia ósea o en relación con dispositivos médicos u otros equipos. Esto puede identificarse como piel intacta o una úlcera abierta y es doloroso; desarrollado bajo presión localizada no aliviada en combinación con fuerzas de corte. Además, el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado clínico general son ejemplos de factores relacionados con el huésped que también afectan la tolerancia del tejido a la presión y al cizallamiento; porque resulta del efecto inmediato de la magnitud de la fuerza cuando se aplica sobre un área junto con la duración de su duración. La presión capilar normal oscila entre 16 y 32 mmHg. Cuando esta presión se excede durante al menos 2 horas por causas externas, se produce una insuficiencia circulatoria que provocará a su vez isquemia, cuyo efecto es una disminución del suministro de oxígeno y nutrientes. Como resultado, esta condición da lugar a cambios vasculares y celulares locales como edema, ampollas y necrosis.

Las lesiones por presión se clasifican según su progresión:

Categoría I: Eritema que no palidece. La piel en esta clasificación permanece intacta con una zona roja que no desaparece cuando se aplica presión con un dedo. Puede que tenga o no un tono más oscuro.

Categoría II: la lesión de espesor parcial tiene una pérdida de espesor de la piel hasta la dermis, pero no a través de ella. La base de la herida es viable, húmeda y rosada o roja y puede aparecer como una ampolla que aún está intacta y contiene exudado seroso o que ya se ha roto. Estas lesiones suelen deberse a un microclima inadecuado y desgarros de la piel en las zonas pélvicas y del talón.

Categoría III: Pérdida completa del espesor de la piel. Significa que no hay piel presente, abriéndose al tejido adiposo, tejido de granulación y/o esfacelo. El daño puede ser de espesor total según el sitio de ocurrencia anatómica (más profundo en los sitios con mayor contenido de grasa) y la presencia de desprendimientos y túneles.

Categoría IV: Pérdida completa del espesor del tejido. Esto implica la destrucción total de la piel, revelando o permitiendo la palpación hasta la fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartílago o el hueso. La profundidad puede variar según la ubicación anatómica de la lesión (12).

En cuanto a los factores intrínsecos, se ha señalado que son importantes la inmovilidad por alteraciones medulares, así como las relacionadas con afecciones neurológicas o el uso de sedantes y relajantes musculares. Además, las enfermedades que afectan al sistema respiratorio y al sistema circulatorio, así como el uso de fármacos vasopresores por parte de los pacientes, reducen el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos del cuerpo. La hipoalbuminemia (cuando la albúmina cae por debajo de 3,5 g/dl) produce edema intersticial debido a la disminución del transporte de nutrientes, así como a la inhibición de la reparación tisular. La anemia (hemoglobina inferior a 11 g/dL) puede causar un aumento del riesgo de lesiones por presión hasta cuatro veces debido a tejidos mal oxigenados debido a una oxigenación tisular inadecuada (que compromete la resistencia contra la presión). La edad también es un factor importante: porque parte del proceso de envejecimiento implica contribuir a la fragilidad de los tejidos a través de su pérdida por diferentes vías, como la pérdida de elastina y colágeno durante el envejecimiento, la pérdida de agua por incontinencia.

Fisiopatología: se describen los factores que conducen a estas heridas, centrándose en los cambios en el flujo sanguíneo en la superficie causados por influencias externas como presión, fricción, cizallamiento y humedad. Presión: la compresión prolongada de los tejidos blandos entre las prominencias óseas y las superficies externas da como resultado una oclusión microvascular, que a su vez causa isquemia e hipoxia tisular. Cuando las presiones exceden el rango de presión capilar normal de 16 a 32 mmHg, la oxigenación disminuye, lo que afecta negativamente la microcirculación en el área afectada. Sin alivio de la compresión, se puede desarrollar una lesión por presión en un plazo de tres a cuatro horas. Aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, estas lesiones se encuentran con mayor frecuencia en áreas como las tuberosidades isquiáticas del sacro, trocánteres, maléolos y talones.

Fricción: La fricción se puede describir como la fuerza que puede causar ulceración de la piel al actuar contra la superficie de la piel, como ocurre con las sábanas o la ropa, lo que conduce a la pérdida superficial de las capas de la epidermis y la dermis. Corte: Las fuerzas de corte ocurren cuando un paciente se mueve hacia arriba por una pendiente, ya que son fuerzas que se mueven perpendicularmente a entre sí mientras producen tensión entre ellas: las estructuras más profundas (impulsadas por la gravedad que actúa sobre los músculos) frente a las capas superficiales (en contacto con superficies externas). El cizallamiento está implicado en el desarrollo de lesiones por presión, pero no como causa directa.

La humedad, incluida la sudoración o la incontinencia, provoca degradación y maceración del tejido que puede iniciar o aumentar aún más una lesión por presión. El músculo es más vulnerable a la isquemia debido a la compresión

sostenida, de ahí la razón por la cual la isquemia muscular y la posterior necrosis pueden ser importantes en el desarrollo de una úlcera por presión (13).

Los trabajadores de la salud buscan iniciar la curación de sus pacientes dentro de un entorno seguro y libre de riesgos que no ponga en peligro la recuperación del paciente. Por tanto, las enfermeras deben tener un conocimiento profundo de la etiología de las lesiones por presión para poder aplicar el régimen de tratamiento correcto. El enfoque de tratamiento con mejores perspectivas es aquel que elimina la causa raíz; si eso no es posible, entonces se deben hacer esfuerzos para al menos reducirlo. No se puede curar una lesión por presión si no cesa la presión sobre esa zona.

Las intervenciones de enfermería recomendadas para prevenir lesiones por presión en pacientes en decúbito prono son las siguientes

Evaluación de la lesión de piel relacionada con la dependencia al ingreso

Evaluar y evaluar la piel es crucial para identificar posibles lesiones cutáneas, utilizando una escala validada por la institución. Es necesario obtener el consentimiento previo del paciente y/o su familiar antes de realizar cualquier documentación fotográfica de las lesiones. Al emplear herramientas validadas para la identificación temprana de pacientes en riesgo, se pueden implementar rápidamente medidas preventivas. La evaluación de riesgos debe tener en cuenta, como mínimo, varios factores: percepción sensorial, exposición a la humedad, niveles de actividad, movilidad, nutrición, fricción, probabilidad de lesiones cutáneas y una evaluación de la hemodinámica del paciente para facilitar los cambios de posición mientras en decúbito prono y reclinado.

Intervenciones de enfermería previas al cambio de posición prono:

Una vez aplicados los criterios de exclusión y evaluados los riesgos, si el paciente califica para la posición prono, se deben tomar las siguientes acciones: El cuidado de los ojos implica limpiar y aplicar ungüento para los ojos para lubricación. Para prevenir la abrasión corneal, mantener los ojos cerrados utilizando un pequeño apósito “Tegaderm”, y aplicar previamente Pomada de Lanolina, con una aplicación oftálmica cada 8 horas.

El cuidado bucal implica aspirar el exceso de líquido tanto de la boca como de la orofaríngea. Para la evaluación de las pupilas, es importante evaluar el tamaño y la respuesta luminosa de las pupilas antes y durante la pronación.

Accesos y dispositivos: Antes de realizar la maniobra de pronación, asegúrese de que todos los accesos venosos y arteriales, junto con los dispositivos de drenaje, estén revisados y asegurados. Tubo endotraqueal: confirme que las cintas de traqueotomía y el tubo endotraqueal (TET) estén firmemente en su lugar. Documente la posición del tubo orotraqueal.

Alivio del dolor y sedación: evalúe el grado de analgesia y sedación del paciente, junto con la necesidad de relajantes musculares, mientras documenta sus hallazgos. Aspiración y nutrición enteral: Durante el cambio de posición, aspirar el producto enteral y detener la alimentación. Antes de continuar con la alimentación, confirmar la colocación de la sonda nasogástrica o yeyunal. Mantenga la posición de Trendelenburg invertida, asegurándose de que la cabeza esté elevada entre 15 y 20°.

Las guías de infusión deben tener la longitud adecuada. Para los electrodos de ECG, sepárelos de la pared torácica anterior y reubíquelos en la espalda del paciente después de girarlos.

Soporte: antes de la pronación, aplique almohadillas de gel en todas las áreas de soporte, incluidos los hombros y el occipucio. Colchón de aire: durante la transición a una posición boca abajo, retire el colchón de aire.

Intervenciones de enfermería post cambio de posición prono: Las acciones de enfermería después de un cambio a la posición boca abajo incluyen garantizar que el paciente finalmente se coloque en la postura de "nadador" después de la rotación. Para el cuidado de la cabeza, es importante colocar la cabeza del paciente sobre el gel en decúbito prono para evitar que el tubo endotraqueal (TET) se doble. Además, se deben realizar ajustes de posición cada cuatro horas.

Inspeccionar drenajes y tubos: asegúrese de que el catéter urinario, la sonda nasogástrica y los drenajes estén funcionando correctamente. Alineación de la columna: Mantenga la cabeza del paciente en alineación adecuada con la columna, evitando cualquier extensión o flexión de la columna cervical.

La protección de los ojos implica colocar el gel boca abajo de manera que se evite aplicar presión en los ojos. Para colocar los brazos, colóquelos en posición de nadador, asegurándose de que la parte superior del brazo permanezca neutral y elevada por encima de la cabeza mientras que el antebrazo esté alineado paralelo al cuerpo para proteger el plexo braquial de lesiones. Para prevenir la hiperextensión del hombro, alterne las posiciones de los brazos cada cuatro horas, manteniendo el hombro en una alineación neutral y el codo doblado en un ángulo de 90 grados.

El uso de posicionadores implica colocar cuñas debajo del colchón cada dos horas, asegurándose de que se alineen con la dirección en la que se gira la cara. Para apoyar las piernas, coloque una almohada para mantener las rodillas dobladas y mantenga los pies en un ángulo de 90 grados, lo que ayuda a prevenir la rotación externa y el acortamiento de los tendones de Aquiles.

Reducir la presión sobre el abdomen es esencial para facilitar el movimiento del diafragma y mejorar la expansión pulmonar. Es importante evitar cualquier presión sobre el canal femoral y al mismo tiempo garantizar que las mujeres estén en una posición cómoda para sostener sus senos y que los hombres no experimenten presión sobre sus genitales.

Ajuste de las almohadas: asegúrese de una alineación adecuada reajustando las almohadas debajo de la cabeza, el pecho, la pelvis y las piernas. La movilización se realizará cada 6 horas, dependiendo del estado hemodinámico del paciente y con la aprobación del personal médico. Prevención de las úlceras por presión: Vigile y prevenga atentamente las úlceras por presión, con especial atención en las zonas vulnerables como las orejas, los pómulos, el acromion, los senos, los codos, los genitales, las rodillas y los dedos de los pies.

Revisión periódica de riesgo de desarrollo de lesiones de piel relacionadas con la dependencia

La evaluación periódica permite a los proveedores de atención médica modificar los enfoques preventivos en función de las necesidades específicas del paciente. Las escalas de riesgo asociadas deben utilizarse para realizar la evaluación de riesgos y esta información debe ser documentada por el profesional de

enfermería. Para los pacientes en decúbito prono, es fundamental realizar evaluaciones frecuentes y sistemáticas, ya que esta posición aumenta el riesgo de desarrollo de úlceras. Específicamente:

Antes de colocar al paciente en decúbito prono, realice una evaluación exhaustiva para identificar cualquier área de la piel que pueda estar comprometida o en riesgo. Al cambiar de posición: independientemente de si se realiza la transición de boca abajo a boca arriba o durante el reposicionamiento lateral, es esencial examinar la piel en busca de indicios de lesión por presión.

Evaluaciones de rutina: Es aconsejable realizar evaluaciones cada 2 horas, si es posible, mientras el paciente está en decúbito prono, para identificar indicios tempranos de lesión. Manejo del exceso de humedad de la piel.

Control del Exceso de humedad de la piel

Es importante reducir la exposición de la piel a la humedad causada por la incontinencia, la transpiración o el exudado de la herida mediante prácticas eficaces de higiene, hidratación, control de la humedad y protección de la piel. Para mantener la piel limpia e hidratada, utilice agua tibia junto con un jabón de pH neutro para disminuir la irritación y la sequedad. Deben evitarse los productos que contengan alcohol, parabenos y otros ingredientes irritantes.

Utilice humectantes: asegúrese de aplicar humectantes en la piel y en las zonas secas al menos una vez al día. Evite masajear regiones sensibles: absténgase de masajear áreas con protuberancias óseas o aquellas que presenten hiperemia mientras hidrata la piel.

Al aplicar cremas, utilice movimientos circulares suaves para esparcir los productos humectantes. En casos de inflamación aguda, vasos sanguíneos dañados o piel delicada, no se aconseja el masaje. Además, el masaje no debe utilizarse como medida preventiva contra las lesiones por presión.

El manejo de la humedad en relación con la incontinencia urinaria pasa por prevenir la saturación del pañal mediante cambios periódicos y asegurar una adecuada limpieza de la zona con una higiene perineal previa. Después de cada cambio, es imprescindible secar bien la zona.

Defensa contra la humedad excesiva: emplee barreras o protectores cutáneos para proteger la piel del contacto con la humedad y sustancias como la orina y las heces. Estos productos deben aplicarse en las zonas sensibles (perineal y perianal) después del baño o cuando sea necesario. Es recomendable reaplicar cada 12 a 72 horas.

Examinar el manejo de la incontinencia fecal: Valorar la necesidad de implementar un sistema de manejo de la incontinencia fecal ante incontinencia fecal o diarrea intensa. Potenciar la nutrición y la hidratación es fundamental.

Optimización de la nutrición e hidratación

La nutrición juega un papel vital en la recuperación y en la prevención de complicaciones como úlceras por presión y debilidad muscular. La nutrición enteral aún se puede iniciar o continuar mientras el paciente está en decúbito prono. Sin embargo, es importante pausar la infusión de nutrición durante cualquier reposicionamiento, asegurándose de que la sonda nasogástrica esté firmemente asegurada para evitar que se desaloje accidentalmente. Una vez que el paciente ha

sido colocado correctamente, se puede reiniciar la infusión a una velocidad baja de 25 ml/hora, con un aumento de la velocidad según el paciente sea capaz de tolerarla.

Para evitar lesiones por presión se requiere una nutrición suficiente, ya que un cuerpo bien nutrido mejora la integridad de la piel y aumenta la capacidad de curación. Es fundamental centrarse en suplementos ricos en proteínas y otros nutrientes vitales que apoyan la salud de la piel y los tejidos.

Minimizar la presión

Reducir la presión y mantener la circulación en áreas vulnerables: Garantizar un flujo sanguíneo suficiente en las regiones del cuerpo susceptibles a lesiones por presión es esencial, particularmente para los pacientes con movilidad restringida, que enfrentan el mayor riesgo. Implementación de apósitos protectores: el uso de apósitos de espuma multicapa con adhesivo de silicona multiperforado puede desempeñar un papel clave a la hora de abordar los factores de riesgo extrínsecos relacionados con la aparición de lesiones por presión (14).

Por lo tanto, el riesgo de úlceras por presión debe ser algo necesario a considerar y se puede hacer utilizando escalas de evaluación comprobadas que incluyen la escala Braden o Norton. Estas herramientas son fundamentales para identificar aquellos factores que aumentarían el riesgo del paciente. Una vez realizada dicha evaluación, la enfermera debe desarrollar estrategias destinadas a retirar a estos pacientes con riesgo de sufrir úlceras por presión, incluida una buena ubicación de las camas, la colocación de superficies de apoyo en las partes caídas y los huesos con ajustes también (15).

Escala Norton

La Escala Norton, reconocida como la primera Escala de evaluación del riesgo de úlceras por presión (EVRUPP) documentada en la literatura, fue creada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith mientras realizaban una investigación en pacientes de edad avanzada. Desde sus inicios, esta escala ha logrado una amplia aceptación en todo el mundo. Evalúa cinco parámetros clave: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y condición física, utilizando un sistema de puntuación negativa donde una puntuación más baja significa un mayor riesgo. Inicialmente, el punto de corte se estableció en 14, pero en 1987, Norton sugirió aumentar este umbral a 16.

Escala de Braden

En Estados Unidos, la Escala Braden se originó en 1985 dentro de un esfuerzo de investigación dirigido específicamente a algunas de las deficiencias de la Escala Norton. Desarrollada por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, esta escala se ordena en torno a un marco conceptual que organiza y vincula el conocimiento existente sobre las LPP. Cada subescala (y hay seis: percepción sensorial, humedad al exponer la piel, actividad, movilidad, nutrición), fricción y riesgo de deterioro de la piel tiene una definición clara que ayuda en su interpretación. El primer trío de subíndices evalúa factores relacionados con la presión a través de una exposición alta o prolongada, mientras que los últimos tres evalúan la tolerancia del tejido a estas presiones (16).

Contraindicaciones en la posición prona

Las contraindicaciones para adoptar la posición prona incluyen varios factores críticos: presión intracraneal superior a 30 mmHg o presión de perfusión

cerebral inferior a 60 mmHg, hemoptisis significativa, cirugía traqueal reciente, traumatismo o operaciones de fascia, trombosis venosa, colocación reciente de marcapasos, condiciones abdominales abiertas, lesiones torácico-lumbares, fracturas pélvicas o complicaciones de una cirugía abdominal que provocan un aumento de la presión intraabdominal. Además, también son contraindicaciones la presión arterial media inferior a 65 mmHg, el embarazo, la presencia de drenaje torácico, el trasplante de pulmón y las quemaduras que afecten a más del 20% de la superficie corporal. Estas restricciones se extienden aún más a pacientes en su segundo o tercer trimestre de embarazo, personas con un balón de contrapulsación intraaórtico colocado y miembros del personal que carecen de capacitación en la maniobra de pronación (17).

Complicaciones por efectos de posición en decúbito prono:

Salida TOT, intubación bronquial selectiva, desaturación por obstrucción TOT (sato2 <85%), empeoramiento de PA/FI, Salida NGT, Salida SV, Salida CVC, Salida AC, Salida PVC, drenaje pleural, drenaje ventricular, úlceras corneales, edema conjuntival/párpado/faciales, lesiones por presión, hipotensión, arritmias, hemoptisis, neumotórax, paro cardíaco e intolerancia a la nutrición enteral (18). En el estudio “Complicaciones de la posición prona en pacientes con COVID-19 de octubre de 2020 a agosto de 2021 en la unidad de cuidados intensivos” de Donaire M., Flores G. revisaron 235 historias clínicas de pacientes adultos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio Allende de Córdoba España, la distribución de las lesiones por presión (LPP) y su localización fue la siguiente: 37% en la zona de los labios, 29% en la frente, 23% en las rodillas y 11% en la pared torácica. anterior. En cuanto a edema o lesiones mucosas, el 55% presentó edema facial, el 45% edema

conjuntival, el 69% presentó lesiones mucosas linguales y el 31% desarrolló úlceras corneales (19).

El cuidado de estos pacientes depende totalmente de los demás, como dice la teoría del "déficit de autocuidado" de Dorotea Orem. El déficit se revela por la incapacidad del paciente para ser su propio autogestor de la salud porque las limitaciones hacen imposible un autocuidado eficaz. Ocurre cuando los problemas de salud son tales que se extienden más allá de la capacidad del individuo para manejarlos sin atención individualizada. Además, dado que estos pacientes necesitan atención continua, es importante que las enfermeras de la UCI evalúen rápidamente e identifiquen las necesidades para prevenir complicaciones de las lesiones por presión (20).

Con respecto a la evidencia sobre las intervenciones de enfermería para la prevención de lesiones por presión en pacientes en decúbito prono, se han iniciado investigaciones tanto a nivel nacional como internacional. En 2022, Pérez E, Maqueda, Feliu C, Gómez M, Sáez D y Ortiz realizaron un estudio español titulado "Incidencia de úlceras por presión secundarias a decúbito prono en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos por SARS-CoV-2". A. El objetivo principal de este estudio es comparar la LPP relacionada con la posición prona, así como su incidencia en cuatro estudios observacionales multicéntricos retrospectivos de UCI de hospitales públicos que incluyeron a todos los pacientes con COVID-19 ingresados en la UCI que requirieron posición prona entre febrero. 2020 y mayo de 2021. Los resultados mostraron una incidencia de LPP del 56,3% con afectación en el 76,2% de los pacientes, donde la frente fue el sitio que presentó con mayor frecuencia las úlceras con un 74,9%. Además, se observaron diferencias

muy significativas entre hospitales en cuanto a la incidencia de LPP ($p < 0,001$), su localización ($p = 0,000$) y la duración media por episodio en horas de decúbito prono ($p = 0,001$) (21).

En 2020, Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy N, Curley G y Budri A realizaron un estudio en Irlanda titulado “Prevención de úlceras por presión en pacientes susceptibles: lecciones para la emergencia de COVID-19”. La investigación tuvo como objetivo identificar recomendaciones basadas en evidencia en la elección e implementación de estrategias preventivas que reduzcan la incidencia de úlceras por presión (LPP) en pacientes ventilados colocados en decúbito prono. El estudio recomendó hallazgos sobre herramientas de evaluación para mantener la piel limpia e hidratada utilizando limpiadores con pH equilibrado, pero no hizo ninguna sugerencia sobre qué humectante es más efectivo. Además, utilice ayudas de posicionamiento y técnicas de reposicionamiento para aliviar la presión en puntos faciales y corporales. El estudio también mostró resultados positivos en el uso de apósitos, como hidrocoloides, películas transparentes y silicona para reducir el daño a la piel del rostro (22).

En 2020, una publicación de Vallejo J. en Ecuador "Percepción del profesional de enfermería sobre el cuidado aplicado al paciente en decúbito prono asociado por COVID-19" reveló que el manejo de los pacientes en decúbito prono continúa realizándose de manera inadecuada. Esta misma técnica incluyó un mayor uso durante la pandemia; algunas complicaciones que presenta son las lesiones por presión en la piel. Sin embargo, el estudio indicó que el personal de enfermería tiene una opinión favorable respecto de la efectividad de la posición prono para mejorar

la atención al paciente; sin embargo, también es indispensable abordar simultáneamente la presión de las lesiones. (23)

La investigación de Carranza G., Pomachari E. “Conocimiento del personal de enfermería sobre la posición prono en COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2020” buscó evaluar la comprensión del personal de enfermería respecto a la aplicación de la posición prono para pacientes con COVID-19. Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y transversal con una muestra de 50 enfermeras a las que se les aplicó un cuestionario ad-hoc para evaluar sus conocimientos sobre la ventilación en prono espontáneo de personas infectadas con SARS-CoV-2 sin ventilación mecánica invasiva. Sus hallazgos fueron que el 94% de los profesionales de enfermería tenían un nivel de conocimiento alto y el 6% un nivel medio. En cuanto a áreas específicas de conocimiento, el 70% de los enfermeros conocía los cuidados necesarios antes de la pronación, el 78% entendía la rotación de pacientes, y el 84% supo responder ante las complicaciones. Además, el 88% fue informado sobre las contraindicaciones mientras que el 96% reconoció los objetivos. El 98% que conocía los beneficios también conocía los lugares donde se puede desarrollar LPP. Además, todas las enfermeras (100%) conocían las intervenciones necesarias durante los ajustes posturales de los pacientes en decúbito prono (24).

Por otro lado, se observa que el personal de enfermería se centra en el proceso de atención al paciente, enfocándose a menudo en los aspectos orgánicos y su funcionalidad, mientras que descuida las medidas preventivas para evitar las lesiones por presión (LPP). Aunque en las unidades de cuidados críticos se busca ofrecer un servicio de calidad, este concepto debe estar relacionado con el control

de los riesgos de lesiones en la piel de los pacientes. Por lo tanto, es preocupante que los pacientes en la UCI sufran este tipo de lesiones, lo que hace necesario que las enfermeras prioricen el cuidado dentro del proceso de atención.

A su vez, la entrada de personal nuevo e inexperto en las Unidades Críticas, debido a la situación actual, puede resultar en complicaciones tanto dérmicas como sistémicas, ya que estos profesionales cuentan con poco conocimiento o sienten temor al manejar a un paciente crítico. Por esta razón, los protocolos y guías de procedimiento utilizados en estas unidades son herramientas fundamentales y la ausencia de lesiones en los pacientes es un reflejo del esmerado trabajo del profesional de enfermería con aquellos en posición decúbito prono.

Por lo tanto, esta investigación no solo pretende mejorar el conocimiento sobre las mejores prácticas de prevención de úlceras por presión, sino también proporcionar herramientas y protocolos que puedan implementarse en la UCI, mejorando así la calidad de la atención y facilitando la recuperación de los pacientes críticos. La elaboración de una guía basada en evidencia será un recurso valioso para el personal de enfermería, fomentando una cultura de prevención y atención centrada en el paciente.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, tiene capacidad para 12 pacientes, 6 pacientes críticos, el ratio paciente-enfermera es 2:1, en promedio hay 5 pacientes con ventilación mecánica y 3 en posición prono, posición que aumentan el riesgo del paciente a presentar lesión por presión; no se ha evidenciado que se realice pruebas

para diagnóstico de LPP; sin embargo, se conoce del riesgo que tienen los pacientes de UCI para presentar LPP.

El presente estudio es de importancia al proporcionar nueva evidencia sobre un problema común dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ya que la mayoría de sus pacientes tienen alto riesgo, en este caso, lesiones por presión (LPP) entre los pacientes en decúbito prono. Un problema de este tipo tiene varios resultados negativos que podrían complicar al paciente y provocar un aumento de los ingresos hospitalarios, una reducción de la esperanza de vida y mayores costes sanitarios.

El presente estudio ofrece una manera de medir la variable en un contexto definido y proporcionará un instrumento (lista de chequeo) que es confiable y validado. De este modo, al ser utilizado en este estudio, podrá ser aplicado en investigaciones futuras que se realicen en el mismo entorno. Utilizando el juicio de expertos para validar un instrumento que implica seguir ciertos pasos para asegurar que las opiniones de los especialistas se integren de manera efectiva y seguir el siguiente proceso:

Definición del constructo: Se califica que interés se va medir, definiendo el constructo o variable de interés.

Revisión de la literatura: Se investigará instrumentos existentes y teorías relacionadas para basar el diseño.

Desarrollo del instrumento: Crear el instrumento (lista de chequeo) con preguntas claras y relevantes.

Evaluación de la validez del contenido: Consultar a los expertos en el área para que evalúen si el contenido cubre adecuadamente el constructo.

Prueba piloto: Se realizará una prueba piloto en una muestra pequeña para identificar problemas en el instrumento.

Análisis de confiabilidad: Se calculará la confiabilidad para asegurar la consistencia entre ítems (alfa de cronbach)

Validez del constructo: Se realizará análisis estadístico para verificar que los ítems se agrupan correctamente según el constructo.

Validez de criterio: Se comparará el instrumento con otros instrumentos validados para ver si hay correlaciones significativas.

Revisión y ajustes: Se ajustará el instrumento basado en los resultados de la prueba piloto y los análisis realizados.

Validación final: Se administrará el instrumento en una muestra representativa y se realizará un análisis final de validez y confiabilidad.

Documentación: Se registrará todo el proceso de validación para garantizar la transparencia y reproducibilidad.

Por ende, el aporte metodológico del estudio no solo aportará conocimiento valioso sobre lo que hacen las enfermeras en la práctica clínica diaria, sino que también permitirá la creación de herramientas prácticas, como guías clínicas o protocolos, que mejoren la atención brindada a los pacientes en posición decúbito prono y que podrían ser replicadas en otros establecimientos de salud.

Esta investigación tiene como objetivo mejorar la práctica de enfermería mediante la incorporación de estrategias diseñadas para la prevención de lesiones por presión que eventualmente conducirán a una atención más segura y de mayor calidad.

El impacto social dependerá de la ejecución de estas intervenciones propuestas basadas en la evidencia científica más sólida disponible. Se presume que estas prácticas permiten una reducción de la prevalencia de lesiones por presión entre los pacientes, mejorando su calidad de vida a corto plazo. A medio y largo plazo al alta de la UCI. De ahí que se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué intervenciones realizan las enfermeras para la prevención de lesiones por presión en pacientes colocados en decúbito prono dentro de una UCI hospitalaria de Huánuco, 2024?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar las intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en posición decúbito prono en la UCI de un hospital de Huánuco 2024.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar cómo valora la enfermera, el riesgo de presentar lesión por presión (LPP) en pacientes que tienen indicación de posición decúbito prono en la uci de un hospital de Huánuco 2024.
- Identificar las intervenciones de la enfermera para controlar el exceso de humedad en pacientes en posición decúbito prono en la uci de un hospital de Huánuco 2024.
- Identificar las intervenciones de la enfermera para minimizar la presión en pacientes en posición decúbito prono en la uci de un hospital de Huánuco 2024.
- Identificar las intervenciones de la enfermera para optimización de la nutrición e hidratación.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño de estudio:

La investigación es de enfoque cuantitativo porque los datos se analizarán con pruebas estadísticas. Diseño no experimental, ya que la variable únicamente será observada, no será manipulada. Es transversal porque los datos serán recolectados una sola vez en cada unidad de análisis y en un momento dado. Es descriptivo, porque se describirán las características observadas de la variable (25).

3.2. Población

La población la conformarán el total de enfermeras que laboran en el servicio de UCI del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco de noviembre a diciembre de 2024. y que cumplan con los criterios de selección especificados:

3.3. Criterios de selección:

- De inclusión:
 - ✓ Enfermeras que laboren en el servicio de Cuidados intensivos con una antigüedad no menor a 6 meses.
 - ✓ Enfermeras que voluntariamente acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:**
 - ✓ Enfermeras que realicen solo actividades administrativas: jefe o coordinador de enfermería del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

- ✓ Profesional de Enfermería que se encuentre por periodos de reemplazo, pasantía o de vacaciones.

3.4. Definición operacional de variables:

Se presenta la matriz de operacionalización de las variables:

Intervenciones de Enfermería

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	Dimensión	Definición operacional	Indicadores	ESCALA
Intervenciones de Enfermería para la prevención de lesiones por presión.	Son actividades y procedimientos destinados a evitar la presencia de las lesiones por presión (LPP), en los pacientes con riesgo.	Evaluación y valoración de la piel.	Son las intervenciones que la enfermera refiere que realiza para valorar la piel y mantenerla integra. Respuesta registrada en el instrumento.	Actividades realizadas <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y valoración de la piel. • Valoración el grado de riesgo al ingresar. • Registro de la valoración según escala. 	Ordinal Si (1) No (0)
		Control de exceso de humedad.	Son las intervenciones que la enfermera refiere que realiza para controlar el exceso de humedad en el paciente. Respuesta registrada en el instrumento.	Actividades realizadas <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Barreras protectoras • Mantener la piel limpia e hidratada. • Utilizar cremas hidratantes. 	
		Minimizar la presión.	Son las intervenciones que la enfermera refiere	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales del paciente 	

que realiza para minimizar la presión en las zonas de riesgo.
Respuesta registrada en el instrumento.

- Utilizar buena técnica para los cambios posturales.
- Colocar apósitos de espuma multicapas con adhesivo de silicona.
- Utilizar materiales de apoyo (almohadas, rodetes, colchones anti escara, etc.).

Optimizar la nutrición e hidratación.

Son las intervenciones que la enfermera refiere que realiza para mejorar la nutrición e hidratación del paciente.
Respuesta registrada en el instrumento.

Actividades realizadas

- Evaluación del estado nutricional.
 - Coordina y da garantía de la ingesta de dieta balanceada.
 - Brindar la cantidad adecuada de hidratación.
 - Valoración de residuo gástrico.
 - Aplicación de balance hídrico.
-

3.5. Procedimiento y técnicas

Se empleará el método de encuesta, utilizando un cuestionario autoadministrado como herramienta para la recopilación de datos. Dentro de este cuestionario, la enfermera especificará las actividades realizadas en relación con las cuatro dimensiones principales: evaluación, cuidado de la piel y medidas de confort. El cuestionario, que consta de 24 ítems, presenta respuestas dicotómicas de Sí (1) y No (0), en función de si se cumplen los criterios de cada ítem.

El investigador ha diseñado el instrumento, el cual será validado mediante Juicio de Expertos. Una prueba piloto evaluará la confiabilidad del cuestionario, la que se aplicará a una muestra de enfermeras que poseen características similares a las de la población de estudio.

El procedimiento de recolección de datos se llevará a cabo, de la siguiente forma:

- ✓ La Facultad de Enfermería de la UPCH realizará el registro en la Unidad de Investigación. El Comité de Ética de la UPCH revisará la presentación del Proyecto.
- ✓ Los procesos se desarrollarán en coordinación con la Jefatura de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✓ Al finalizar sus turnos, se contactará a las enfermeras para explicarles los objetivos del proyecto. A quienes acepten participar se les pedirá que firmen el consentimiento informado, luego de lo cual se administrará el cuestionario, dándoles aproximadamente 20 minutos para completarlo.

3.6. Plan de análisis

Para analizar los datos recopilados a través del instrumento variable, la tarea inicial implicará establecer una base de datos de Excel que contenga las respuestas codificadas de los participantes. Posteriormente, los datos serán procesados y examinados

utilizando SPSS versión 26.0, que permitirá la transformación de variables en niveles y rangos, así como la creación de los informes necesarios. Los hallazgos se mostrarán en tablas de frecuencia y porcentaje, junto con gráficos de barras descriptivos, cada uno acompañado de su interpretación. Este enfoque ayudará a formular las conclusiones del estudio.

3.7. Aspectos éticos del estudio

Principio de Autonomía: Este principio garantiza que los participantes tienen derecho a elegir si participar o no, lo cual indican mediante la firma del formulario de consentimiento informado. Además, se garantiza la confidencialidad de la identidad del participante.

Principio de Beneficencia: Este principio resalta que el propósito del estudio es beneficiar a los participantes, en particular a los profesionales de enfermería. Se enfoca en optimizar el cuidado de los pacientes en posición decúbito prono y en la prevención de lesiones por presión en la piel, utilizando estrategias e instrumentos específicos para realizar valoraciones y registros diarios.

Principio de no maleficencia: Un principio fundamental en el progreso de cualquier investigación social es la garantía de que ni los participantes ni la institución que realiza el estudio sufrirán daños.

Principio de justicia: este estudio garantizará que todos los participantes de la investigación sean tratados de manera justa y respetuosa.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calzado C. Prevención de las úlceras por presión en pacientes de unidades de cuidados intensivos. Npunto. Volumen IV. Numero 39. Junio 2021. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/39/prevencion-de-las-ulceras-por-presion-en-pacientes-de-unidades-de-cuidados-intensivos>.
2. Smith WM, Skavroneck S, Taylor B, Kowalkowski MA. Awake Prone Positioning Strategy for Nonintubated Hypoxic Patients with COVID-19: A Pilot Trial with Embedded Implementation Evaluation. Ann Am Thorac Soc. 2021 Aug;18(8):1360-1368. DOI: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202009-1164OC>.
3. Barrantes MF, Vargas BZ. Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. Rev Med Cos Cen. 2020;86(629):58-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101560>.
4. Kim WY, Kang BJ, Chung CR, Park SH, Oh JY, Park SY, Cho WH, Sim YS, Cho YJ, Park S, Kim JH, Hong SB. Prone positioning before extracorporeal membrane oxygenation for severe acute respiratory distress syndrome: A retrospective multicenter study. Med Intensiva. 2019[citado el 23 de junio de 2024];43(7):402-409. English, Spanish. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2018.04.011>
5. Zanchetta FC, Silva JLG, Pedrosa RB Dos S, Kumakura AR De SO, Gasparino RC, Perissoto S, Et Al. Atención De Enfermería Y Decúbito Prono: Revisión Integradora. Av En Enferm. 2022;40(Extra 1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1supl.91372>.

6. Mielles Guerrero ME. Ventilación mecánica en posición prona, y su aplicación en el síndrome de distrés respiratorio agudo asociado al Covid 19 [Internet] [masterThesis]. Quito: UCE; 2021 [Citado 9 De junio De 2024]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24383>
7. Chacón-Mejía JP, del Carpio-Alosilla AE. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2019 Apr 10 [consultado el 6 de agosto del 2024] 19(2):66–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2067>
8. Manejo clínico de pacientes con COVID-19: Investigaciones y cuidados para enfermedad leve, moderada y grave. 2021. Organización mundial de la salud. Disponible en: <https://openwho.org/courses/clinical-management-COVID-19-mild-mod-severe>
9. Kıraner E, Kaya H. COVID-19 tanısı ile yoğun bakımda yatan hastalarda basınç yaralanmalarının ve risk faktörlerinin retrospektif analizi Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 25 (3) (2021), pp. 139-151. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/66611/925918>.
10. Yu N, Li Z, Long X, Huang J, et al. Pressure injury: a non-negligible comorbidity for critical Covid-19 patients J Plast Reconstr Aesthetic Surg, 74 (3) (2021), pp. 644-710. DOI: [10.1016/j.bjps.2020.08.006](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.08.006)
11. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de Úlceras por Presión. Guía de consulta rápida: Prevención y tratamiento de las úlceras/lesiones por presión. España: Cambridge Media; 2019. Disponible en: <https://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-euap-npuap-ppia/>.

12. Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú. Guía Técnica “Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia 2024”. Disponible en: <https://www.cep.org.pe/presentacion-de-la-guia-tecnica-prevencion-y-cuidados-de-las-lesiones-de-piel-relacionadas-con-la-dependencia/>.
13. Bertoia N, Buchanan P, Las Heras M. Protocolo para la Estandarización de los Cuidados de Enfermería en el Paciente con decúbito prono. Hospital Italiano de Buenos Aires.2019 [Consultado 12 de junio 2024] Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-Dec%C3%BAbito-Prono.pdf>
14. Rodríguez R, Ordoñez S, Gómez J, Camargo M. La posición prona en el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, fisiología a la práctica clínica. Medicas UIS [Internet]. 2016 [citado 9 de diciembre de 2020];29(2):81–101. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revmed.v29n2-2016008>.
15. Lima J, Pérez J. Cuidado de enfermería en la prevención de lesiones por presión en el servicio de hospitalización del Hospital II Ramón Castilla, Lima 2021. [Tesis titulación] Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021 [Citado el 12 de junio del 2021] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/70446/Lima_QJ-P%c3%a9rez_PJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú. Guía Técnica “Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia 2024”. Disponible en: <https://www.cep.org.pe/presentacion-de-la-guia-tecnica-prevencion-y-cuidados-de-las-lesiones-de-piel-relacionadas-con-la-dependencia/>.

17. Mitchell DA, Seckel MA. Acute respiratory distress syndrome and prone positioning. AACN Adv Crit Care. 2018 Dec 1; 29(4):415–25. doi: 10.4037/aacnacc2018161. DOI: [10.4037/aacnacc2018161](https://doi.org/10.4037/aacnacc2018161)
18. Matthay MA, Zemans RL, Zimmerman GA, Arabi YM, Beitler JR, Mercat A, et al. acute respiratory distress syndrome. Nat Rev Dis Prim. 2019 Mar 14; 5(1):1–22. doi: 10.1038/s41572-019-0069-0. DOI: [10.1038/s41572-019-0069-0](https://doi.org/10.1038/s41572-019-0069-0)
19. Donaire M. y Flores.G, “Complicaciones del decúbito prono en pacientes con covid-19 desde octubre del 2020 a agosto del 2021 en la unidad de terapia intensiva” [Internet] [Citado 22 de junio del2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v22.n39.37996>
20. Liana P, Maricela G. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron [internet] 2014. [Citado el 12 de junio del 2021]; 36(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
21. Pérez E, Maqueda C. Feliu M. Gómez, Sáez y Ortiz A, España 2022. Incidencia de úlceras por presión secundarias al decúbito prono en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos por SARS-CoV-2[Internet]. [Citado 14 de marzo 2023].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529984023000241?via%3Dihub>.
22. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy N, Curley G, Budri A. Irlanda 2020. Prevención de las úlceras por presión en personas atendidas en decúbito prono: lecciones para la emergencia de COVID-19. [Internet]. [2 de junio de 2020;29(6):312-320.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32530776/>

23. Vallejo J. Percepción del profesional de enfermería sobre los cuidados aplicados al paciente en posición de decúbito prono asociado al COVID-Enfermera Inv. [Internet] 2021 [Citado el 12 de junio del 2021] 6(2) Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/986/983>
24. Carranza G. Pomachari E. Chiclayo 2020 “Conocimiento del personal de enfermería sobre posición prono en COVID 19 en un hospital público Chiclayo 2020” [Internet]. [consultado el 5 de agosto 2024] Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10248/Carranza%20Guevara%20Yossy%20%26%20Pomachari%20Seminario%20Elisabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la Investigación. México: McGRAW-HILL; 2015. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista%20Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>.



ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Título del estudio: “Intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en posición decúbito prono en la UCI de un Hospital de Huánuco 2024”.

Investigadora: Verónica Romero Espinoza

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lo invito a participar en el estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, sobre las intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en posición decúbito prono en la UCI de un Hospital de Huánuco 2024, es crucial para prevenir complicaciones en el paciente. Por eso, consideramos fundamental investigar este asunto y tratarlo con la seriedad que merece para fomentar mejoras en la atención del paciente en posición decúbito prono y evitar las lesiones por presión. Dicho estudio es desarrollado por la investigadora Lic. En Enfermería Verónica Romero Espinoza, quien cursa los estudios de Post Grado en la especialidad de Cuidados Intensivos en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Esta investigación es esencial ya que aportará información valiosa sobre las acciones de enfermería para prevenir úlceras por presión en pacientes en posición de decúbito prono en la UCI. Los datos obtenidos se utilizarán para diseñar

programas educativos y de formación para el personal de enfermería, con el objetivo de orientar las intervenciones de manera que sean vistas como útiles y relevantes. El objetivo del estudio es determinar las intervenciones que implementa la enfermera para prevenir las lesiones por presión en pacientes en posición prono en la uci del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2024.

Procedimiento:

Si opta por participar en este estudio, se llevará a cabo lo siguiente:

1. Deberá firmar un documento para otorgar su consentimiento para participar en el estudio.
2. Se le aplicara un cuestionario para evaluar sus acciones según las intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en decúbito prono en la UCI
3. La aplicación del cuestionario durara 20 minutos.

Riesgos: La participación en el estudio de investigación realizado no presenta riesgos para el participante.

Beneficios: La participación en el estudio de investigación ayudará aportando información relevante para la mejora de las intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en posición decúbito prono en la UCI.

Costos y compensación: No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otro tipo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Título del estudio: “Intervenciones de enfermería para prevenir lesiones por presión en pacientes en posición decúbito prono en la UCI de un hospital de Huánuco 2024”.

Investigadora: Verónica Romero Espinoza

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombre y
Apellidos
Participante

Firma

Fecha y Hora

Nombre y
Apellidos
Investigador

Firma

Fecha y Hora



LISTA DE CHEQUEO SOBRE PREVENCIÓN DE LPP

Fecha: ___/___/___

ID: _____

Instrucciones: Complete la información general y marque con una "X" la respuesta que considere correcta.

INFORMACIÓN GENERAL:

Género: Masculino () Femenino ()

Especialidad: _____

Grado Académico: Doctor(a) ___ Magister ___ Enf. Especialista ___ Enf. General ___

Edad: ___ años.

Estado Civil: _____.

Experiencia laboral: _____ años _____ meses.

Experiencia laboral en UCI: _____ años _____ meses.

Condición laboral: CAS ___ Nombrada (728-1026) ___ Terceros ___ Otro ___

N.º	ITEMS	SI	NO
EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA PIEL			
1	¿Cumple con realizar la valoración de riesgos del paciente al momento de su ingreso?		
2	¿Al ingresar el paciente, se utilizan las escalas para evaluar el riesgo de desarrollar lesiones por presión?		
3	¿Durante los cambios posturales realiza la valoración de la piel del paciente para detectar lesión por presión en zonas como la frente, pómulos, nariz, pecho, muslos, rodillas, etc.?		
4	¿El resultado de la evaluación del riesgo de lesión por presión del paciente se registra y se revisa durante el turno que retorna al paciente a la posición supina (decúbito dorsal)?		
5	¿Ha observado signos de deterioro en la piel durante el cambio de posición prono?		
6	¿Para que el próximo turno pueda continuar con el cuidado adecuado del paciente, debe informar el estado actual de la lesión por presión?		
CONTROL DE EXCESO DE HUMEDAD			
7	¿Utiliza agua tibia y jabón neutro para reducir la irritación y sequedad de la piel?		

8	¿Utiliza cremas hidratantes sobre la piel y las zonas secas antes de pronar al paciente?		
9	¿Aplica cremas hidratantes con movimientos suaves y circulares después de despronar?		
10	¿Durante la aplicación de la crema, se debe aplicar de manera circular sin frotar la piel del paciente?		
11	¿Se realiza la aplicación de cremas hidratantes procurando su completa absorción?		
12	¿Usted masajea las áreas de prominencias óseas?		
13	¿Para el buen manejo de la incontinencia urinaria, realiza el cambio periódico del pañal, previa limpieza de la zona (previa higiene perineal) y asegurando un buen secado de la zona?		
MINIMIZAR LA PRESIÓN			
14	¿En pacientes con mayor riesgo, se mantiene la circulación en áreas del cuerpo realizando cambios de posición regular cada 12 horas, con rotaciones parciales de cabeza, mentón, mejillas, pecho, rodillas, etc.?		
15	¿Utiliza espuma multicapa con adhesivo de silicona multiperforado?		
16	¿Se utilizan barreras de protección en zonas de prominencias óseas, como colchones especiales, cojines y almohadas, protectores para cabeza y cara?		
17	¿Se coordina con el familiar del paciente para asegurar la obtención de las barreras de protección apropiadas?		
OPTIMIZAR LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN			
18	¿Se solicita evaluación nutricional temprana a pacientes con factores de riesgo?		
19	¿Asegura la administración de dieta enteral según concentración y velocidad indicada?		
20	¿Supervisa que el paciente esté recibiendo una nutrición adecuada como calorías, proteínas, vitaminas y minerales para apoyar la integridad de la piel?		
21	¿Valora el grado del edema y la disminución del flujo sanguíneo cutáneo?		
22	¿Monitorea regularmente, incluyendo evaluación y tolerancia del estado nutricional del paciente?		
23	¿Está realizando el balance hidroelectrolítico estricto?		
24	¿Evalúa el riesgo para evitar la aspiración y que la sonda nasogástrica/orogástrica esté funcionando correctamente?		

¡¡Muchas Gracias!!



FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

Estimado Juez experto (a): Con base en los criterios que se presentan a continuación, le solicitamos que comparta su opinión sobre la lista de chequeo de recolección de datos adjunto. Por favor, indique con una (X) en "Sí" o "No" en cada criterio según su valoración.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1	El instrumento recopila datos que ayudan a abordar el problema de investigación.			
2	El instrumento se alinea con los objetivos de la investigación.			
3	La estructura del instrumento es adecuada.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			