

ESTUDIOS ORIGINALES

Percepciones de la enfermería intensiva sobre las maniobras de prono tras la pandemia: estudio con grupos focales

Perceptions of intensive nursing regarding prone maneuvers after the pandemic: study with focus groups

Francisco Paredes Garza¹, Celia Sánchez Gamir¹, Cristina Santos del Pino¹, María López Poveda¹

¹ Enfermero/a. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

VII Premios de Investigación CODEM 2024. Sexto premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.376>

Cómo citar este artículo: Paredes Garza, F. y otros, Percepciones de la enfermería intensiva sobre las maniobras de prono tras la pandemia: estudio con grupos focales. Conocimiento Enfermero 30 (2025): 65-76.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. Durante la pandemia por SARS-COV2, las maniobras de prono fueron habituales en las unidades de cuidados intensivos (UCIs). El aumento exponencial del Síndrome de Distrés Respiratorio (SDRA) supuso una mayor necesidad de pronación a los pacientes graves y, en consecuencia, la necesidad de implantar guías protocolizadas alentada por la necesidad de adaptación al rápido ritmo de cambio en la atención al paciente y mejora del procedimiento.

Objetivo. Analizar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de cómo perciben la realización de la maniobra del prono tras la implementación de los nuevos protocolos, pasada la pandemia.

Metodología. Estudio cualitativo-fenomenológico realizado entre julio y septiembre de 2023 al personal enfermero de una UCI polivalente, mediante muestreo intencional, de un hospital de tercer nivel. Los datos recogidos mediante grupos focales de 5 participantes (segmentados por grado de experiencia); fueron sometidos a un análisis temático-reflexivo (según la estrategia de Braun & Clarke) tras la grabación digital, transcripción y posterior codificación.

Resultados. Los temas emergentes fueron: 1) la importancia de un equipo experimentado; 2) la complejidad de la técnica y los cuidados posteriores; 3) una mayor seguridad en la práctica tras la pandemia y 4) la incomodidad entre los profesionales por la falta de práctica clínica.

Conclusiones. Las percepciones de los profesionales tras la pandemia permite dar respuesta a las necesidades requeridas por el personal interviniente en primera línea y aprender de los errores cometidos para mejorar la seguridad del paciente y acortar la alta curva de aprendizaje de la técnica.

Palabras clave: posición prona; enfermería de cuidados críticos; investigación cualitativa; grupos focales.

ABSTRACT

Introduction. During the SARS-COV2 pandemic, prone maneuvers were common in intensive care units (ICUs). The exponential increase in Respiratory Distress Syndrome (ARDS) meant a greater need for pronation in seriously ill patients and, consequently, the need to implement protocolized guidelines encouraged by the need to adapt to the rapid pace of change in patient care and improvement. of the procedure.

Objective. To analyze the perception of nursing professionals about how they perceive performing the prone maneuver after the implementation of the new protocols, after the pandemic.

Methodology. Qualitative-phenomenological study carried out between July and September 2023 in an ICU, through intentional sampling, of a tertiary hospital. Data collected through focus groups of 5 participants (segmented by level of experience); They were subjected to a thematic-reflexive analysis (according to the Braun & Clarke strategy) after digital recording, transcription and subsequent coding.

Results. Emerging themes were: 1) the importance of an experienced team; 2) the complexity of the technique and aftercare; 3) greater safety in practice after the pandemic and 4) discomfort among professionals due to the lack of clinical practice.

Conclusions. The perceptions of professionals after the pandemic allow us to respond to the needs required by the personnel involved on the front line and learn from the mistakes made to improve patient safety and shorten the high learning curve of the technique.

Keywords: prone position; critical care nursing; qualitative research; focus groups.

1. Introducción

El coronavirus SARS-COV 2 presentó un escenario mundial que generó un gran número de hospitalizaciones y muertes [1]. A pesar de que algunos pacientes presentaron sintomatología leve o fueron asintomáticos, un número considerable de casos desembocaron hacia la forma grave de la infección mediante un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria hipoxémica grave [2] y/o un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), cuya principal estrategia de manejo es el soporte ventilatorio [3-4].

El SDRA se caracteriza por una disminución de la distensibilidad y capacidad pulmonar residual generando una hipoxemia severa que hace necesaria la ventilación mecánica para mejorar la oxigenación arterial [5]. El SDRA afecta al 20% de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCIs), actualmente solo la ventilación mecánica protectora (VMP) ha demostrado disminuir la mortalidad [6] y aumentar la supervivencia [7-8]. Sin embargo, el 16% de este grupo presenta hipoxemia refractaria que puede beneficiarse de terapias alternativas como la ventilación de alta frecuencia oscilatoria, el óxido nítrico y la posición decúbito prono (DP) [9-10]. La posición DP empezó aplicarse en los años setenta apreciándose grandes beneficios: facilita presiones pleurales equilibradas [11], provoca una distribución uniforme en los pulmones y mejora la oxigenación al reincorporar los alveolos en las zonas dorsales que antes estaban colapsadas [12] con grandes beneficios sobre la hipoxemia refractaria [13-14]. A pesar de esta evidencia, la adopción de dicha técnica ha sido históricamente deficiente en los casos de pacientes con SDRA que requerían de VMP (entre un

16% y 33% antes de la pandemia de COVID-19) [15-16]. Sin embargo, en estudios realizados en varios países, entre el 53% y 70% de los pacientes con VMP y COVID-19 recibieron DP [17-18].

1.1. Justificación del estudio

En las UCIs la realización de la maniobra DP y sus cuidados posteriores son responsabilidad del personal de enfermería, quienes deben estar formados y capacitados para reducir riesgos y posibles complicaciones [19], tales como: la obstrucción o pérdida del tubo endotraqueal (TET), úlceras por presión (producidas con mayor frecuencia en las zonas de prominencias óseas), lesiones y edemas faciales [20-21]. La complejidad de la técnica y los cambios en el tratamiento diario que provoca la nueva posición del paciente requieren la protocolización de la actuación antes, durante y después de la maniobra, así como su seguimiento [22]. Durante la pandemia de COVID-19, el aumento exponencial de los casos de SDRA y la inexperiencia del personal de enfermería, hizo necesaria la reedición de nuevos protocolos y la implementación de nuevas técnicas para realizar la pronación de los pacientes (como la técnica de *burrito roll*) con objeto de adaptarse al rápido ritmo de cambio en la atención al paciente [23]. Esto supuso un gran esfuerzo colectivo para combatir una enfermedad tan grave y letal producida por el SARS-COV2 [24].

1.2. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación se guio por el marco SPICE con el fin de enmarcar los compo-

nentes de esta, que incluyen: la ámbito donde se realiza (S: unidad de cuidados intensivos); la perspectiva de la población a estudio (P: percepciones del personal de enfermería); el fenómeno de interés (I: maniobras de decúbito prono); la comparación: (C: post-pandemia) y la evaluación (E: en la actualidad)

La pregunta fue la siguiente: ¿Las percepciones actuales de los profesionales de enfermería sobre las maniobras de pronación han cambiado tras la pandemia por SARS-COV2?

2. Objetivos

El objetivo del estudio fue explorar las percepciones que presenta en la actualidad el personal de enfermería de una UCI polivalente acerca de la realización de la maniobra de decúbito prono tras la implementación de los nuevos protocolos durante la pandemia

3. Material y métodos

3.1. Diseño

Estudio cualitativo fenomenológico basado en la técnica de investigación mediante grupos focales. El uso de esta técnica permite abrir nuevas perspectivas gracias a la interacción de los participantes, de modo que el fenómeno investigado cobre vida dentro del grupo [25]. Autores como Kitzienger [26] refutan la utilización de los grupos focales para evaluar actitudes, conocimientos y experiencias en el campo de la atención sanitaria.

3.2. Participantes

El estudio se llevó a cabo en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel en la Comunidad de Madrid (España) con un total de 61 profesionales de enfermería. Se contactó con la supervisión de la unidad para solicitar un listado del personal de enfermería y se invitó a participar en el estudio, mediante muestreo por conveniencia [27], al personal que pudiera presentar

los siguientes criterios de inclusión: (a) haber participado como enfermera titular en UCI durante la realización de maniobras de prono en la crisis sanitaria COVID-19; (b) conocer los protocolos unidad sobre la maniobra del prono y sus cuidados y (c) expresar su consentimiento para intervenir en los grupos focales. Se excluyó a los profesionales con discapacidad auditiva o de dicción que dificultase la comunicación oral y los que declinaran participar en el estudio. De los 38 profesionales que inicialmente cumplían los requisitos estipulados, tan solo 20 aceptaron la participación en el estudio.

Con objeto de seguir los mínimos de homogeneidad y heterogeneidad para garantizar la producción del discurso y eliminar bloqueos, los participantes se agruparon utilizando como criterio de segmentación la experiencia laboral: >15 años, 15-11 años; 10-7 años y ≤6 años (Anexo 1), definiéndola como el conocimiento adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por una persona [28], en este caso en un tiempo y puesto laboral determinado. Esta distinción se fundamentó en la hipótesis de que los más expertos aportarían perspectivas diferentes a los más noveles al haber vivido experiencias previas durante la maniobra del prono y sus cuidados antes de la pandemia sin la protocolización de estos. El propósito no era la comparación entre los diferentes grupos de discusión, sino obtener una información lo más amplia posible. Otras variables a estudio, que no fueron significantes para la segmentación de los grupos fueron el sexo y la edad de los participantes.

3.3. Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de julio a septiembre de 2023. En base a los objetivos del estudio se estipuló que una sola reunión con cada uno de los 4 grupo era suficiente para alcanzar la saturación datos [29]. Cada uno de ellos estuvo compuesto por 5 participantes y moderados por cada uno por los integrantes del equipo investigador. El tamaño de los grupos se decidió en base a la literatura científica [30-31] considerándose entre 5 y 7 integrantes el número ideal de cada grupo focal.

Tras confirmar la participación de los voluntarios, los investigadores se pusieron en contacto con ellos determinando que el turno de noche, durante el horario laboral, podría ser el idóneo (aprovechando la coincidencia de los participantes en el mismo, la disminución de carga de trabajo y la disponibilidad de salas que permitiesen un ambiente aislado de ruidos y posibilitaran la escucha [32]); el lugar de realización de las entrevistas grupales fue la sala destinada a la información de familiares. La duración media de las entrevistas grupales fue de 23 minutos, sin exceder el tiempo máximo de cuarenta minutos que algunos autores estipulan [30]. Los registros se realizaron mediante grabadora digital para su posterior transcripción y análisis.

Antes de las entrevistas de los grupos focales, los autores se reunieron para elaborar un guion con un planteamiento inicial de elaborar preguntas simples y abiertas que fueran claras, breves y unidimensionales [33] en base a las vivencias propias y los protocolos de la unidad en esta temática. Se determinó la comprensión verbal y factibilidad de estas, hasta que todos estuvieron de acuerdo (Anexo 2). Cabe reseñar que los moderadores son personal experimentado en la temática al haber realizado los protocolos de la unidad sobre la técnica de la maniobra del DP y sus posteriores cuidados.

Durante las entrevistas, los moderadores observaron diferentes aspectos grupales: la proactividad del grupo, la comunicación no verbal, el ambiente grupal, el posicionamiento de liderazgo y otros matices menores (tono, pausas, timbre...) en la escucha posterior de las grabaciones. El anonimato de los informantes se preservó asignándoles un número y a cada grupo focal una vocal.

3.4. Análisis de los datos

Se procedió al análisis temático y la interpretación de este según con la metodología inductiva de Braun y Clark [34]. De forma inicial, tras la grabación, cada moderador realizó la transcripción literal del dialogo establecido en los grupos de discusión y posteriormente se entregó al resto al resto de autores para su puesta en común,

posible clarificación de los textos (no siendo necesaria ninguna de ellas) y familiarización de los datos del resto de grupos. En segundo lugar, de forma independiente, cada autor inicialmente hizo su lectura con comentarios, que agruparan sistemáticamente el conjunto de datos y desarrollar la codificación de cada tema. Por último, todos los autores trabajaron juntos para crear un código único que recopilaría sistemáticamente el conjunto de datos relevantes para el estudio, que desarrolló un conjunto más amplio de códigos que se simplificó mediante un mapa temático. Esto fue creado para organizar los extractos codificados por niveles: el nivel 1 mediante los temas principales según el objeto principal del estudio (experiencia del equipo, técnica y cuidados posteriores, seguridad del paciente e incomodidad de los profesionales) y el nivel 2 mediante temas secundarios derivados de los temas principales [Anexo 3].

Para completar el proceso, se acordaron los temas finales y se generó el informe final. Todos los investigadores estuvieron de acuerdo con los resultados finales y aceptaron su representatividad siguiendo los criterios de calidad (credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmabilidad) establecidos por la guía de orientación para la investigación cualitativa en la práctica clínica [35].

No fue necesaria realización de más entrevistas grupales al observarse, tras el análisis de los discursos, que el contenido era suficiente y se llegó a la saturación de datos.

4. Resultados

Del total de los 20 participantes, el 85 % de los participantes fueron mujeres, con una media de edad de $35 \pm 7,42$ años y experiencia laboral de $11,8 \pm 7,8$ años. Los participantes fueron activos en las entrevistas grupales con discusiones espontáneas dentro de los grupos, sin la necesidad de un apoyo externo o de aclaraciones por parte de los moderadores. Ninguno de los participantes tenía una posición de líder que pudiera afectar la dinámica del grupo al presentar experiencia laboral similar en los temas discutidos. El ambiente fue positivo, con humor incluso con

risas espontáneas sin alteraciones gestuales ni cambio en el tono, timbre y otros aspectos observados.

4.1. Un equipo experimentado durante la realización de la maniobra de DP genera mayor confianza entre los profesionales

En los cuatro grupos de discusión se evidenció la mayor confianza y seguridad que aporta la experiencia del equipo durante la maniobra del decúbito prono

“En definitiva, para mí lo más importante es la confianza que me transmite la experiencia del equipo con el que vas a trabajar” (P19-D).

“Actualmente llevo tiempo sin pronar a nadie y creo que he perdido un poco de destreza. Pero si estás bien acompañada te sientes más segura.” (P20-D)

En concreto, se hace referencia a dos figuras: al equipo médico de intensivistas y al personal de celadores, encargados de movilizar a los pacientes.

“[...] siempre miras alrededor, a ver quién va a ser quién va a estar contigo y quién te va a apoyar. Importa mucho el médico que va a estar a la cabeza.” (P4-A). “Depende de quién esté de médico tengo la sensación de: ¡venga va! ¡vamos a pronar!..., pero en otras ocasiones es como... ¡pero ahora?” (P7-B)

“Yo creo que más que el equipo médico depende de los celadores.” (P13-C). “Celadores sin duda, es un aspecto muy importante, que te levante bien al paciente” (P18-D)

4.2. Las nuevas técnicas de pronado mejoran la alta complejidad del procedimiento, pero no la elevada carga de trabajo de sus cuidados posteriores

Del discurso de los participantes se evidencia unanimidad en todos los grupos al valorar las sensaciones al tener que llevar a cabo la realización de la maniobra de decúbito prono y sus posteriores cuidados.

“No es solamente hacer el prono, son los cuidados del prono. Al girar la cabeza, me ha pasado que los tubos no han estado bien fijados. De hecho, creo que alguna vez se ha movilizado algún tubo” (P17-D). “El mantenimiento del tubo. Muchas veces se salía o no sabes bien en qué comisura está. No se pueden hacer bien el cambio de cinta. Babea mogollón y no se puede mantener higiénico eso.” (P3-A)

La complejidad de la técnica puede llegar a tener consecuencias negativas para el paciente debido a la alta carga de trabajo que suponen sus cuidados y los múltiples elementos a valorar, con alto riesgo de yatrogenia para el paciente.

“No solo es la técnica, es también pensar en el follón que hay luego, que si cambio de cabeza, que si coloca las perfusiones para acá, que si otra cosa para allá... Es mucha carga de trabajo” (P13). “[...] empiezas a hacerte tus cábalas de: tengo la arteria aquí, tengo la vía allí, pues me interesa echarlo para un lado y para este lado o echarlo para este lado al otro, es decir hago mi visión espacial por así decirlo”. (P3)

Las nuevas técnicas de pronado introducidas durante pandemia han provocado sensaciones positivas en todos los grupos de discusión evidenciando mejoras para el paciente durante el procedimiento.

“El burrito-roll me parece menos lesivo para el paciente [...] y aunque de primeras no te queda todo perfecto, es mucho más fácil de recolocar que no andar metiendo la almohada” (P19-D). “Yo creo que es más rápido, y para el paciente más cómodo” (P2-A). “[...] con el burrito-roll estás como más sujeto” (P11-B) “Sobre todo cuando los pacientes son voluminosos” (P8-B)

4.3. La elevada cantidad de maniobras de DP realizadas durante la pandemia ha mejorado la seguridad de profesionales y pacientes y evitado complicaciones con la compra de nuevo material

La elevada necesidad de realizar maniobras de DP durante la pandemia ha hecho que la percep-

ción actual de los profesionales al realizar la maniobra (un hecho aislado previo a este periodo) mejore seguridad personal y del paciente al realizarla a posteriori, especialmente en el personal con mayor experiencia laboral (grupos de discusión A y B) al compararla con la etapa pre-pandemia.

"[...] antes era muy raro ver a un paciente pronado; te tenías que estudiar el protocolo. Pero después de la pandemia como se pronaba a todo el mundo prácticamente, pues... ya es una técnica en la que hemos perdido un poco el miedo; que antes le tenían miedo incluso los médicos muchas veces" (P4-A). "[...] Yo creo que sí, que hemos mejorado en la seguridad del paciente [...] La mayor practica ha sido durante la pandemia. Y ha sido de tanto repetirlo cuando lo hemos aprendido. (P12-B) " Me siento más seguro ahora, no es lo mismo cuando haces una técnica aislada que cuando haces algo todos los días" (P11-B)

El personal más novel (grupos de discusión C y D) también se siente más seguro, aunque algunos participantes no han podido compararlo con la etapa de prepandemia, puesto que no la habían realizado nunca.

"Yo sí que me siento más segura. Antes del COVID decían que había que pronar y eso era el infierno, yo me echaba a temblar..." (P19-D) "... Si porque lo hacíamos una vez cada 3 años". (P16-C)

"Previamente no había pronado a nadie, así que no puedo comparar mis sensaciones" (P18-D) "Yo es que antes no lo había hecho nunca" (P16-D) "yo no pude mejorar la técnica porque la aprendí en la pandemia" (P20-D)

Otro aspecto que se señala, al comparar la actualidad con la época pre-pandemia es la llegada de nuevos materiales (en concreto el grupo A) que evitan complicaciones en los pacientes.

"Antes de la pandemia no teníamos la media luna" (P3). "Con los nuevos materiales los pacientes han tenido menos escaras en la nariz, los ojos..." (P1) "... y menos edemas en los ojos" (P2)

4.4. La falta de práctica clínica provoca incomodidad entre los profesionales de enfermería

Otro elemento común en los cuatro grupos de discusión es la incomodidad actual que provoca la falta de práctica en la realización de la técnica, tras la pandemia: inseguridad, nervios, estrés e impericia.

"[...] llevamos mucho tiempo sin pronar y si no practicas o lo haces poco, se te olvida y te sientes más insegura aunque lo hayas hecho mil veces... pero la falta de reciclaje se nota" (P5-A) "Después de haberlo hecho un montón de veces en el COVID, tuve estrés otra vez; porque hace mucho tiempo que no lo hacemos y tuve que recordar (o intentar recordar), todos los pasos que hacíamos" (P8-B) "[...] llevo tiempo sin hacerlo y creo que he perdido un poco de destreza y al final es lo que dicen el resto de compañeros, si estas bien acompañada te sientes más segura" (P20-D) "Yo creo que todos nos sentimos un poco nerviosos, pero, creo que precisamente en esta unidad, se compensa porque siempre hay mucho apoyo de parte de gente más veterana" (P11-C)

5. Discusión

La máxima homogeneidad del discurso es buscada por diversos autores a través de una adecuada composición de los grupos, generalmente en su segmentación, ya sea evitando la mezcla de sexos [33] o mediante elementos comunes que los relacionen [36]. En el presente estudio, siguiendo la línea de Jiménez-De Gracia L et al. [36], quienes buscaron la homogeneidad mediante la experiencia profesional, se observó que en líneas generales no hay variación en el grado de experiencia laboral; a excepción de una mínima heterogeneidad en la categoría de seguridad del paciente favorecido por el discurso del grupo más novel, quienes no pudieron comparar el periodo pre-pandemia con el actual por la inexperiencia previa en la realización de la maniobra del DP.

El discurso de los participantes refuta la elevada complejidad de la técnica, la sobrecarga de

trabajo y las complicaciones graves que refleja la literatura científica [20-22]. El inicial discomfort creado por el nuevo escenario pandémico [24] y la falta inicial de protocolos, en probable relación con la baja incidencia inicial en la realización de la técnica [15-16], se ha mostrado de nuevo en el presente estudio tras normalizarse la incidencia del SDRA y disminuir la práctica clínica en la técnica; autores como Aguilar AR y Domínguez PL [37] apuntan que la actualización de conocimientos, y por ende el reciclaje formativo, puede ser una solución a la falta de práctica clínica actual. Otros elementos de discomfort, abordados por otros autores como Rigui NC et al. [38], o McCormick J et al. [39], son expresados mediante la necesidad de personal experimentado o de un líder en el equipo que coordine y planifique las maniobras, sin especificar ninguna una categoría profesional específica; en contraposición con el presente estudio que advierte una gran relevancia al staff médico y al personal del celador (la ausencia de este último grupo podría justificarse por la ausencia de esta figura en el sistema sanitario de otros países). Además, esta última autora hace hincapié en la escasez de personal de enfermería experimentado en la técnica de la pronación, y apuesta por la necesidad de formación específica que mejore el conocimiento y aumente la confianza de los profesionales, una cualidad reflejada también por los participantes del presente estudio.

La alta demanda de recursos humanos durante la pandemia hizo necesaria la contratación de personal novel [40], quienes apenas presentaban experiencia con pacientes críticos y no manejaban la técnica con fluidez o era la primera vez que la realizaban [41]; en consonancia con lo reflejado por el personal más novel de este estudio. Este hecho podría implicar un bajo nivel de conocimientos del personal como indican otros autores [42]; sin embargo, esto no es reflejado por dichos participantes. Los nuevos protocolos dieron la oportunidad de mejorar la técnica utilizada hasta entonces y adoptar nuevas técnicas descritas en la literatura, como la “*técnica burrito roll*” [23], que facilitó y agilizó el procedimiento utilizándose, como refiere algún participante, en todo tipo de pacientes; a pesar

de que algunos autores desaconsejan utilizarla en pacientes obesos [43]. Es preciso, por este hecho citado, revisar de nuevo los protocolos y actualizarlos en este episodio de cara a futuros picos de incidencia.

La pandemia no sólo tuvo repercusiones en los recursos humanos, sino también en los materiales y de forma indirecta en la seguridad de los pacientes [40]. Este periodo, en el contexto definido, es concebido de forma positiva por los participantes del estudio, quienes consideraron que la elevada incidencia en la aplicación de la técnica hizo que aumentara la seguridad personal a la hora de realizarla, además de mejorar la calidad de sus cuidados puesto que la compra de nuevo material hizo que disminuyeran las complicaciones (muy elevadas hasta entonces, como muestran algunos autores [41]) relacionadas con la misma.

En síntesis, lo expuesto en el presente estudio refleja la realidad actual que vive el personal que se encuentra en primera línea del cuidado de los pacientes y es responsable directo de la seguridad del paciente y calidad de sus cuidados. Además, debe servir de gran utilidad a las autoridades correspondientes para la construcción de nuevas políticas que mejoren y den solución a los problemas surgidos en un episodio convulso y de grandes cambios, como fue la pasada pandemia.

Referente a las limitaciones del estudio, debe reseñarse la visión mono-céntrica del mismo focalizada solamente en una categoría profesional, la del personal de enfermería; sin embargo, es preciso recalcar que los profesionales de enfermería son los principales intervinientes en esta maniobra y los que presenta mayor carga de trabajo durante y posteriormente a las maniobras de prono. De igual modo huelga decir que la UCI donde se realizó el estudio, fue la que más número de maniobras de DP abordó durante la pandemia en el centro hospitalario donde se realizó el estudio. Otra de las posibles limitaciones del estudio puede ser derivada del perfil novel del equipo investigador, sin embargo, esto se contrarresta con la amplia experiencia asistencial en cuidados críticos y en la autoría de los protocolos actualizados durante la pandemia, de gran utilidad para la elaboración

del guion de preguntas por parte del equipo investigador.

ciones por no haber realizado la técnica previamente al periodo pandémico.

6. Conclusiones

La pandemia no solo ha servido a los profesionales de enfermería para mejorar la técnica y sentirse con mayor grado de seguridad durante las maniobras de decúbito prono, sino que también ha facilitado la llegada de nuevo material que disminuya las elevadas complicaciones que conlleva esta posición en el paciente. A pesar de ello, si se compara con el periodo pre-pandémico, las percepciones de los participantes indican que sigue siendo una técnica compleja y con elevada carga de trabajo, por lo que es necesario un reciclaje continuo que facilite la alta curva de aprendizaje y disminuya el disconfort que genera. La excepción la genera el grupo más novel, quienes no pueden comparar sus sensa-

7. Consideraciones éticas

El estudio analizó las percepciones y vivencias de los profesionales al tener que realizar las maniobras de decúbito prono, por lo que la aprobación ética del Comité de Ética no fue solicitada. Los participantes que aceptaron colaborar dieron su consentimiento verbal y escrito habiéndoles brindado previamente información sobre el objeto del estudio, la duración de la entrevista y la confidencialidad de los datos. Se respetó la confidencialidad de los datos personales en consonancia a la legislación vigente, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el General Reglamento de Protección de Datos (UE) 2016/679.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velavan TP, Meyer CG. The covid-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. 2020;25(3):278-80. » <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>
2. Sweeney RM, McAuley DF. Acute respiratory distress syndrome. *Lancet*. 2016;388(10058):2416-30. » [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00578-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00578-X)
3. Confalonieri M, Salton F, Fabiano F. Acute respiratory distress syndrome. *Eur Respir Rev*. 2017; 26(144):160116. » <https://doi.org/10.1183/16000617.0116-2016>
4. Papazian L, Aubron C, Brochard L, Chiche JD, Combes A, Dreyfuss D, et al. Formal guidelines: management of acute respiratory distress syndrome. *Ann Intensive Care*. 2019;9(69):1-18. » <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0540-9>
5. Roche Ocampo F, Auirre-Bermeo H, Jordi Mancebo. Prone positioning in acute distress syndrome ARDS When and how? *Medicina Intensiva* 2011;40:585-594. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.03.019>
6. Rafool S, Goulet K, Esan A, Hess DR, Sessler C.N. Severe hypoxemic respiratory failure: part 2- nonventilatory strategies. *Chest*. 2010;137(6): 1437-1448. <https://doi.org/10.1378/chest.09-2416>
7. Bonet R, Moliné A. Protocolo de colocación del paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono. *Nure Inv*. 2009; 6(40). Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/398/389>
8. Campello V, Vidal C, Del Saz A, Villaescusa A, Carolina M. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de UCI: una revisión integrativa. *Enferm Cientif*. 2015;10:1-16 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47904/1/RECIEN_10_03.pdf
9. Mancebo J. A multicenter trial of prolonged prone ventilation in severe acute respiratory distress syndrome. *Critical care med*. 2006; 173: 1233-1239 <https://doi.org/10.1164/rccm.200503-353OC>
10. L. Blanch, J. Mancebo, Short-term effects of prone position in critically ill patients with acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med* (1997) 23: 1033±1039 <https://doi.org/10.1007/s001340050453>
11. Accoce M, Plotnikow G, Setten M, Villalba D, Galindez P. Decúbito prono: revisión narrativa. *Rev SATI*. 2017;34(1):1-23. Disponible en: <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/458/407>

12. Bertoia N, Buchanan P, Las Heras M, Bisso I, Mancilla J. Protocolo para la Estandarización de los Cuidados de Enfermería en el Paciente decúbito prono. 2019. Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-Dec%C3%ABito-Prono.pdf>
13. Munshi L, Sorbo LD, Adhikari NKJ, Hodgson CL, Wunsch H, Meade MO, et al. Prone position for acute respiratory distress syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(suppl 4):S280-S288. » <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201704-343OT>
14. Koulouras V, Papathanakos G, Papathanasiou A, Nakos, G. Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome patients: A pathophysiology-based review. *World journal of critical care medicine*. 2016;5(2): 121-136. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v5.i2.121>
15. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al.; LUNG SAFE Investigators; ESICM Trials Group. Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA* 2016;315:788-800. doi:10.1001/jama.2016.0291
16. Qadir N, Bartz RR, Cooter ML, Hough CL, Lanspa MJ, Banner-Goodspeed VM, et al.; Severe ARDS: Generating Evidence (SAGE) Study Investigators; Society of Critical Care Medicine's Discovery Network. Variation in early management practices in moderate-to-severe ARDS in the United States: the Severe ARDS: Generating Evidence Study. *Chest* 2021;160:1304-1315. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.047>
17. Botta M, Tsonas AM, Pillay J, Boers LS, Algera AG, Bos LDJ, et al.; PRoVENT-COVID Collaborative Group. Ventilation management and clinical outcomes in invasively ventilated patients with COVID-19 (PRoVENT-COVID): a national, multicentre, observational cohort study. *Lancet Respir Med* 2021;9:139-148 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30459-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30459-8)
18. Le Terrier C, Sigaud F, Lebbah S, Desmedt L, Hajage D, Guérin C, et al.; COVID-ICU Group on behalf of the REVA Network and the COVID-ICU Investigators. Early prone positioning in acute respiratory distress syndrome related to COVID-19: a propensity score analysis from the multicentric cohort COVID-ICU network-the ProneCOVID study. *Crit Care* 2022;26:71. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03949-7>
19. Hidalgo I, Rebollo M, Maceiras B, Barriga M, Giró E, García L et al. Decúbito prono: una técnica para mejorar la hipoxemia del síndrome de distrés respiratorio agudo. *Metas de Enfermería*. 2014;17(9):11-4. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-131509>
20. Do Prado M, Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gomez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washintong D.C; 2013. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
21. Estenssoro E, Dubin A. Síndrome de distrés respiratorio agudo. *Medicina (B. Aires)*. 2016; 76(4):235-241. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802016000400008&lng=es.
22. Campello V, Vidal C, Del Saz A, Villaescusa A, Carolina M. La terapia decúbito prono desde la perspectiva de la enfermera de UCI: una revisión integrativa. *Enferm Cientif*. 2015;10:1-16 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47904/1/RECIEN_10_03.pdf12.
23. Vollman K. Implementing Prone Positioning in Your Unit: What Do You Need to Know?. *Connect: The World of Critical Care Nursing*. 2021;14(3):130-140. Doi:10.1891/WFCCN-D-20-00027
24. Sperling, D. Dilemas éticos, riesgo percibido y motivación entre enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Etica de la enfermería*. 2021; 28(1): 9-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733020956376>
25. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F.. The phenomenological focus group: an oxymoron?. *Journal of advanced nursing*. 2009; 65(3): 663-671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04922.x>
26. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
27. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2018

28. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [10/03/2024]
29. De Antoni C, Martins C, Ferronato MA, Simões A, Maurense V, Costa F et al. Grupo focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arq. bras. psicol.* 2001; 53(2): 38-53. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-319160>
30. Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-24739>
31. Roso A. Grupos focais em Psicologia Social: da teoria à prática. *Psico* 1997; 28(2): 155-69
32. Meier MJ, Kudlowicz S. Grupo focal: uma experiência singular. *Texto & Contexto Enf.* 2003; 12(3): 394-9. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14417>
33. Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. London: Sage Publications; 2000
34. Braun V, Clarke, V. Thematic analysis revised. *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2019; 53(9): 1689-1699
35. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European Journal of General Practice.* 2018; 24(1): 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
36. Jiménez-De Gracia L, Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, et al. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Atención Primaria.* 2012; 44(7): 379-384. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.007>
37. Aguilar ÁR, Domínguez PL. Cuidados al paciente COVID en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Docente.* 2021;(113): 56-61.
38. Righi NC, Plentz RDM, De Marchi PTR, Brambatti KR, et al. Perception of health professionals on the prone position as a therapeutic strategy for patients with COVID-19. *Fisioterapia e Pesquisa.* 2022;29;176-180. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21021229022022EN>
39. McCormick J, Blackwood B. (). Nursing the ARDS patient in the prone position: the experience of qualified ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2001; 17(6): 331-340. <https://doi.org/10.1054/iccn.2001.1611>
40. Estalella GM, Zabalegui A Guerra SS. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica.* 2021; 31: S12-S17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
41. Montaguano JAV, Jiménez EIA, Flores APP. (2021). Percepción del profesional de enfermería sobre los cuidados aplicados al paciente en posición de decúbito prono asociado al COVID-19. *Enfermería Investig.* 2021; 6(2): 36-42. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i2.986.2021>
42. Valencia NC, Hurtado-Chávez MF, Ríos-Hernández MJ, Ramirez-Fortanell OY Díaz-Ordoñez M. Nivel de conocimiento de enfermería sobre pronación en síndrome de distrés respiratorio agudo en un hospital de segundo nivel de San Juan del Río, Querétaro. *Lux Médica.* 2023; 18(53). <https://doi.org/10.33064/53lm20234095>
43. Salciute-Simene E. Manual proning of a morbidly obese COVID-19 patient: A case report. *Australian Critical Care.* 2022; 35(1): 102-104. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.10.002>

ANEXO 1. Composición de los grupos focales

Participante	Grupo focal	Sexo	Edad	Experiencia laboral
P1	A	Femenino	41	18
P2	A	Femenino	41	20
P3	A	Femenino	56	35
P4	A	Femenino	45	22
P5	A	Femenino	39	16
P6	B	Femenino	40	15
P7	B	Femenino	34	12
P8	B	Femenino	35	15
P9	B	Femenino	31	11
P10	B	Femenino	33	12
P11	C	Masculino	30	8
P12	C	Femenino	29	8
P13	C	Masculino	35	8
P14	C	Femenino	29	7
P15	C	Masculino	33	7
P16	D	Femenino	27	5
P17	D	Masculino	33	6
P18	D	Femenino	23	2
P19	D	Femenino	28	6
P20	D	Femenino	38	5

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. Guion de las preguntas realizadas en los grupos focales

1. Actualmente, ¿qué sensación tenéis cuando se requiere pronar a un paciente?
2. ¿Ha cambiado esta sensación o es la misma que antes de la pandemia?
3. ¿Qué dificultades os habéis encontrado durante la maniobra de pronación o a posteriori?
4. ¿Las nuevas técnicas de pronado reflejas en los protocolos de la unidad han beneficiado al paciente?
5. ¿Creéis que la pandemia ha sido positiva para mejorar la técnica?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3. Temas principales y secundarios tras la codificación por niveles

Temas principales	Temas secundarios
Experiencia del equipo	• Confianza en el equipo asistencial • Equipo médico y personal de celadores
Técnica y cuidados posteriores	• Elevada carga de trabajo y alta complejidad del procedimiento • Nuevas técnicas de pronado
Seguridad del paciente	• Mayor práctica clínica • Nuevo material proporcionado
Incomodidad de los profesionales	• Impericia • Miedo • Estrés • Nervios

Fuente: Elaboración propia.