



Mi Universidad

Super nota

Nombre del Alumno: Yesica Ledezma Vázquez

Nombre del tema: Posiciones quirúrgicas

Parcial: I

Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgica I

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to

TIPOS DE POSICIONES QUIRURGICAS

DECÚBITO LATERAL CON PARTICIÓN ABDOMINAL

Paciente en decúbito lateral, con las extremidades superiores acomodadas sobre apoyabrazos y la cabeza acomodada sobre una almohadilla que la alinee con el tronco. La extremidad inferior debe quedar por debajo, extendida, y la superior, con un ángulo que impida que las prominencias de las articulaciones coincidan y puedan dañarse las unas a las otras.

Se dispondrán fijadores a cada lado para asegurar la estabilidad total, apoyados en pelvis y coxis. La partición se realizará a la altura del abdomen, bien con la mesa, bien con la ayuda de una cámara hinchable.

Intervenciones:
Nefrectomía



DECÚBITO LATERAL CON PARTICIÓN TORÁCICA

Paciente en decúbito lateral, con las extremidades superiores sobre apoyabrazos y las inferiores totalmente extendidas la de abajo y en ligera flexión la de arriba, para evitar que coincidan las protuberancias de los huesos que forman parte de las articulaciones (tanto de rodillas como de tobillos). Sobre pelvis y coxis se colocarán apoyos laterales que estabilicen y garanticen la seguridad posicional del paciente.

La cabeza deberá descansar sobre una almohada que la acomode y permita su alineación respecto al tronco. La partición se realizará a la altura del tórax y se puede llevar a cabo con ayuda de la mesa quirúrgica o de una cámara hinchable.

Intervenciones:
Neumonectomía,
lobectomía



DECÚBITO LATERAL

Paciente en decúbito lateral, con las extremidades superiores acomodadas sobre apoyabrazos y vigilando que la cabeza quede alineada con el tronco. Las extremidades inferiores quedarán superpuestas, dejando la de abajo totalmente extendida y la de arriba con un poco de ángulo de inclinación, para evitar que coincidan las protuberancias de las articulaciones de las rodillas y los tobillos.

Para asegurar la estabilidad y seguridad del paciente, se instalarán dos fijadores laterales sobre zonas duras (p. ej., el anterior puede ir apoyado en la pelvis y el posterior en el coxis).

Intervenciones:
Prótesis total de cadera, sustitución de prótesis total de cadera.



POSICIÓN DECÚBITO PRONO MAHOMETANA

El paciente adoptará una postura en prono arrodillado. El tronco descansará sobre almohadillas que impidan una presión perjudicial sobre tórax y mamas, previniendo así lesiones. La cabeza apoyará sobre frente y mentón o sobre mejilla si queda de lado. Debe procurarse que el punto de apoyo nunca sea la zona ocular. Las extremidades superiores deben quedar elevadas a la altura de la cabeza y descansando sobre apoyabrazos.

La posición debe estabilizarse con un fijador especial diseñado para tal fin, que asegure la inmovilidad de la posición. Prestar especial atención a los puntos de máximo apoyo, como son la articulación de la rodilla, el tobillo anterior y la zona occipital.

Intervenciones:
Microdissectomía,
estenosis de canal lumbar.



DECÚBITO PRONO CON TRINEO

Se acomodará al paciente en prono y se colocarán las dos extremidades superiores sobre sendos apoyabrazos y la cabeza sobre almohadillas o roscos que impidan que el punto de apoyo sea el ojo. Debe protegerse a toda costa la zona ocular, lo que se conseguirá apoyando la cabeza sobre frente y mentón o sobre sien y mejilla. El denominado trineo es un marco hueco que permite que las cavidades torácica y abdominal no queden presionadas.

También protege las mamas al evitar presión y rozaduras. En cuanto a las extremidades inferiores, hay que destacar dos puntos de apoyo que deben vigilarse: las rodillas y los empeines de los pies. Un rodillo a la altura del tobillo evitará que los pies sufran a causa torsiones o presiones.

Intervenciones:
Artrodesis lumbar.

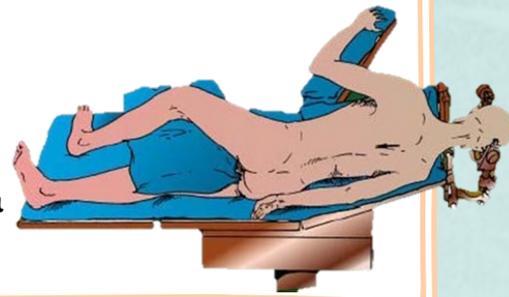


POSICIÓN PARK BRENCH U OBLICUA

Es una fusión entre el decúbito prono y la posición de Sims. El paciente se sitúa en decúbito prono para posteriormente lateralizar ligeramente el tronco, cadera y la cabeza, la cual ira sujeta con el cabezal de Mayfield. Entre las piernas se colocará un foam. El brazo que queda superior se flexiona ligeramente a nivel de la articulación del codo y se abducirá no más de 45 grados, con precaución de no forzar

la articulación del codo y protegiendo el plexo braquial (almohadilla a nivel axilar) se colocará sobre un reposabrazos. La extremidad superior que queda bajo el cuerpo se colocara extendida y sin ser comprimida por el cuerpo. Se debe estar atento a un posible edema de esta extremidad.

Intervenciones:
Utilizada en neurocirugía para el abordaje de la fosa posterior.



DECÚBITO SUPINO CON APLIQUE APOYACABEZAS

Se acomodará al paciente en posición supina, con las extremidades superiores pegadas y paralelas al tronco y las inferiores extendidas y juntas.

La cabeza se apoyará sobre el aplique destinado a tal fin, que normalmente tiene forma de rosco acolchado.

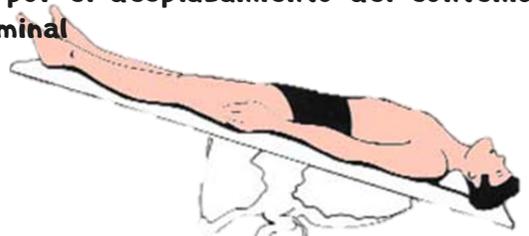
Intervenciones: Timpanoplastia, estapedectomía, desprendimiento de retina, catarata, pterigión, glaucoma.



TRENDELENBURG

Se sitúa al paciente en decúbito supino para posteriormente inclinar la mesa de operaciones 45 grados hacia la cabecera del paciente, quedando de esta manera la cabeza más baja que el resto del cuerpo. Se puede flexionar ligeramente la mesa a la altura del hueco poplíteo del paciente, pero no es imprescindible, ya que en esta posición siempre se mantendrá sujeto al paciente por una cincha a nivel

de las crestas iliacas. Esta posición esta principalmente indicada en cirugía abdominal baja y pélvica, ya que la angulación permite un mejor abordaje de la zona por el desplazamiento del contenido abdominal



Intervenciones: Operaciones abdominales y pélvicas, como la cirugía laparoscópica ginecológica y urológica.

ANTITRENDELENBURG

Partimos del decúbito supino para posteriormente inclinar la mesa de operaciones en sentido contrario al trendelenburg, quedando los pies más abajo que el resto del cuerpo y la cabeza más arriba.



Las zonas de presión serán las mismas que el decúbito supino puro. Al igual que en el trendelenburg, hay que asegurarse de una adecuada sujeción del cuerpo y extremidades del paciente. En los casos en que la inclinación va a ser mayor, se suele poner un apoyapié en el extremo distal de la mesa para evitar el desplazamiento por gravedad del paciente.

Intervenciones: Cirugía de tiroides, porción inferior del esófago, vesícula o vías biliares, cabeza y cuello.

DECÚBITO SUPINO CON HIPEREXTENSIÓN DE CUELLO

Paciente en posición supina, con las extremidades inferiores extendidas y juntas y las superiores paralelas al tronco.



Se articulará la mesa o se introducirá una almohadilla bajo los hombros con el objetivo de voltear hacia atrás la cabeza y conseguir así el máximo campo de trabajo posible en la zona del cuello.

Intervenciones: Traqueotomía, microcirugía de laringe.

DECÚBITO SUPINO CON FIJACIÓN CRANEAL

Paciente en posición supina, con las extremidades inferiores acomodadas paralelas y pegadas al tronco y las inferiores extendidas y juntas.

La cabeza quedará suspendida en el aire, perfectamente sujeta con el fijador craneal, que a su vez quedará anclado a la mesa quirúrgica.

Intervenciones: Craneotomía, hipofisectomía transesfenoidal.



DECÚBITO SUPINO CON TRACCIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES EN 180°

El paciente descansa en posición supina, con la cabeza y ambas extremidades superiores perfectamente acomodadas (bien sobre él o sobre apoya brazos, para facilitar el acceso a vías venosas periféricas). Las extremidades inferiores se fijarán a las botas de las barras de contra tiro de la mesa quirúrgica.

Normalmente resulta más práctico fijar únicamente a dicha barra la pierna de la cadera rota, acomodando la otra a una pernera ginecológica. De este modo conseguimos mayor comodidad y mejorar la maniobrabilidad del intensificador de imágenes portátil.

Intervenciones: Clavo intramedular de fémur, clavo-placa para fracturas petrocantéreas.



POSICIÓN DE LAMINECTOMÍA

Por lo general, se acostará sobre su vientre en la mesa de operaciones. El cirujano hará una incisión (corte) en la mitad de la espalda o del cuello. Se apartarán hacia un lado la piel, los músculos y los ligamentos. Es posible que el cirujano use un microscopio quirúrgico para ver dentro de la espalda.

Intervenciones: Extirpar espolones óseos o una hernia discal (disco deslizado) en la columna.



ROSER O PROETZ

Se colocará al paciente en decúbito supino y después de la intubación se procederá a quebrar el prolongador del cabecero de la cama para que la cabeza cuelgue provocando una hiperextensión de cuello. También se puede quitar directamente el prolongador del cabecero.

Intervenciones: Intubación traqueal, exploraciones faríngeas, intervenciones quirúrgicas (bocio), lavado de cabello en pacientes encamados.



DECÚBITO SUPINO O DORSAL

Paciente en posición supina, con ambas extremidades inferiores extendidas y juntas, cabeza y tronco acomodados y alineados, y extremidades superiores bien paralelas al cuerpo y pegadas a él, bien acomodadas sobre apoyabrazos en el ángulo respecto del tronco más conveniente (teniendo siempre en cuenta no superar los 90-100° para evitar lesiones).

Intervenciones: Amigdalectomía, sialoadenectomía, cordales, fractura mandibular, glosectomía, cirugía ortognática, herniorrafia, apendicectomía, esplenectomía, trepanotomía, mamoplastia, etc.



DECÚBITO SUPINO CON EXTREMIDAD INFERIOR FIJADA CON GARRA

La posición será supina, con las extremidades superiores acomodadas sobre el abdomen del paciente o sobre apoyabrazos y la cabeza alineada con el tronco y acolchada. El miembro inferior que no se va a intervenir puede quedar colgando al retirar las placas inferiores de la mesa quirúrgica o extendido sobre dicha placa (es más frecuente verlo del primer modo descrito).

En cuanto a la extremidad inferior objeto del acto quirúrgico, quedará colgada en ángulo de 90° , sujeta por la garra denominada de artroscopia y con el manguito de isquemia ajustado al muslo. Es importante tener en cuenta que la extremidad deberá fijarse con una rotación interna.

Intervenciones:
Artroscopia.



DECÚBITO SUPINO CON EXTREMIDAD SUPERIOR EN MESA DE MANO

El paciente descansa en posición supina, con la cabeza acomodada en una almohadilla y las extremidades inferiores extendidas y paralelas sobre la mesa quirúrgica. La extremidad superior no objeto de intervención permanecerá cómodamente instalado en un apoyabrazos.

La extremidad que se va a intervenir reposará sobre la mesa de mano (acoplada a la mesa quirúrgica con anterioridad).

Intervenciones: Fístula arteriovenosa, síndrome del túnel carpiano, osteosíntesis de mano y miembro superior.



DECÚBITO SUPINO CON TRACCIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR EN 90°

Partiendo de la posición supina, acomodamos la cabeza y las extremidades superiores. Fijamos a continuación la extremidad inferior afectada a la bota de la barra de contra tiro de la mesa quirúrgica. El dispositivo de fijación permite posicionar la extremidad en el ángulo idóneo para el acceso al fresado del canal endomedular del fémur y posterior implantación del clavo.

La otra extremidad la acomodaremos lo mejor posible, por ejemplo, sobre una pernera ginecológica, y lo más alejada posible del campo quirúrgico.

Intervenciones: Clavo intramedular de tibia.



DECÚBITO SUPINO CON PIERNAS ABIERTAS

Paciente en posición supina, con la cabeza alineada con el tronco y acomodada sobre una almohadilla, y extremidades superiores sobre apoyabrazos. Las extremidades inferiores quedarán abiertas y bajas, bien articulando las dos placas inferiores sobre las que descansan en la mesa quirúrgica o bien añadiendo dos perneras y colocando las piernas abiertas y baja.

Con ello conseguimos que un tercer cirujano pueda acceder al hueco dejado entre ambas extremidades inferiores a la vez que permite maniobrar en la zona anal y púbrica.

Intervenciones: Resección de colon, colecistectomía laparoscópica, quistectomía laparoscópica.



FOWLER O SEMISENTADO

El paciente se sitúa sentado, con el tronco y cabeza elevados al menos 45 grados. En el Fowler puro las piernas quedaran más bajas que el resto del cuerpo porque se flexionara la mesa a la altura de los huecos poplíteos de ambas piernas, pero existen varias modificaciones que no solo no flexionan la mesa en ese punto, sino que la elevan.

Intervenciones: Cirugías de reconstrucción de mama, cirugía de hombro, maxilofacial o nasofaríngea.



FOWLER CON HOMBRO LIBERADO

Posición de Fowler, es decir, paciente semisentado con la cabeza y la extremidad superior que no se va a intervenir acomodadas y fijadas, extrayendo la pieza de la mesa que libera el hombro objeto del acto quirúrgico.

Intervenciones: Patología de hombro, acromioplastia.



POSICIÓN SEDENTE

Los brazos apoyan sobre el abdomen y sobre las piernas se colocará una faja de sujeción. Los puntos de apoyo y las posibles alteraciones fisiológicas serán las mismas que en la posición de Fowler.

Este tipo de abordaje en neurocirugía en vez del prono tiene ciertas ventajas como una mejor exposición quirúrgica, menor sangrado, mucho mejor acceso a la vía aérea y menor compromiso de la misma.

Intervenciones: Principalmente en neurocirugía para realizar craneotomías



POSICIÓN GINECOLÓGICA O DE LITOTOMÍA

Tronco en posición supina, con cabeza alineada al tronco y acomodada sobre almohadilla, y extremidades superiores sobre abdomen o sobre apoyabrazos destinados a tal efecto. Las extremidades inferiores quedarán apoyadas sobre perneras, que permiten elevarlas y separarlas a demanda.

Seguidamente se retiran las placas inferiores que sirven de apoyo a las piernas en posición supina.

Intervenciones: eseción transuretral, histeroscopia, histerectomía vaginal, legrado.



POSICIÓN ORTOPÉDICA O TRAUMATOLÓGICA

La posición de partida será el decúbito supino, para posteriormente retirar los dos accesorios de apoyo de extremidades inferiores y adaptar al paciente en la posición adecuada a través de las "patas" de la mesa ortopédica que estarán debajo.

Intervenciones: Procedimientos de reducción ortopédica, enclavado andomodular de fémur y pierna y algunas cirugías de cadera.



Referencias bibliograficas

1. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/tipos-de-posicionamientos-quirurgicos-y-sus-intervenciones>
2. <https://www.salusplay.com/apuntes/quiroyfano-y-anestesia/tema-2-posturas-quirurgicas>
3. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/posicion-trendelenburg#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20quir%C3%B3rgico%2C%20la%20cirug%C3%ADa%20laparosc%C3%B3pica%20ginecol%C3%B3gica%20y%20urol%C3%B3gica.>
4. <https://enfermeriablog.com/posicionesdelpaciente/>
5. <https://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/06+-+Procedimientos+relacionados+con+la+mobilizaci%C3%B3n.pdf>
6. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007389.htm#:~:text=Por%20lo%20general%2C%20se%20acostar%C3%A1,ver%20dentro%20de%20la%20espalda.>
7. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/posiciones-quirurgicas-proteccion-del-paciente-y-cuidados-de-enfermeria/>
8. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/tipos-de-posicionamientos-quirurgicos-y-sus-intervenciones-parte-2>