



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

**TIPOS Y RIESGOS DEL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN LA  
ETAPA DEL INTRAOPERATORIO**

**TYPES AND RISKS OF POSITIONING THE PATIENT IN THE  
INTRAOPERATIVE STAGE**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO  
ESPECIALIZADO**

**AUTORA**

**EMELYN ELIZABETH CASTRO MORENO**

**ASESORA**

**MG. GIANINA FARRO PEÑA**

**LIMA-PERÚ**

**2022**

**ASESORA DE TRABAJO ACADEMICO**

**ASESORA**

MG. GIANINA SOLEDAD FARRO PEÑA

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-8952-6898

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mi familia:

Mi Madre mi fuente de inspiración, y a mi querida asesora Gianina Farro, por su tiempo, sus enseñanzas, ideas y conocimiento compartidos.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo es financiado por la autora del trabajo académico, así mismo cuenta con las referencias bibliográficas, información de tesis, artículos en revistas indexadas, que permitieron concluir la monografía dando el soporte científico requerido.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

El autor declara no tener ningún conflicto de interés

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### TIPOS Y RIESGOS DEL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN LA ETAPA DEL INTRAOPERATORIO

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

**18%**

INDICE DE SIMILITUD

**18%**

FUENTES DE INTERNET

**1%**

PUBLICACIONES

**5%**

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

**1**

**docplayer.es**

Fuente de Internet

**5%**

**2**

**search.bvsalud.org**

Fuente de Internet

**2%**

**3**

**pesquisa.bvsalud.org**

Fuente de Internet

**1%**

**4**

**cybertesis.unmsm.edu.pe**

Fuente de Internet

**1%**

**5**

**repositorio.unu.edu.pe**

Fuente de Internet

**1%**

**6**

**pt.scribd.com**

Fuente de Internet

**1%**

**7**

**Submitted to National University College - Online**

Trabajo del estudiante

**1%**

**8**

**www.scielo.br**

Fuente de Internet

**1%**

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>PAG.</b>
I. INTRODUCCION .....	1
II. OBJETIVOS .....	12
2.1 Objetivo general .....	12
2.2 Objetivos específicos .....	12
III. CUERPO .....	13
3.1 Metodología .....	13
3.2 Resultados .....	14
3.3 Análisis e interpretación.....	14
IV. CONCLUSIONES .....	20
V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los tipos y riesgos del posicionamiento quirúrgico del paciente en la etapa del intraoperatorio. **Metodología:** Es una revisión bibliográfica de tipo documental ya que se obtuvo información de fuentes primarias y secundarias en un periodo de 2018 - 2022, de donde se recopiló, seleccionó, organizó y analizó la información. Se realizó la búsqueda de 150 artículos, organizados con las palabras claves según fuente DeCS, de los cuales se eligieron 50 artículos con la misma variable y se escogieron 30 tanto nacionales como internacionales de los buscadores: Pubmed, Google Académico, Science, Direct, Scielo, Research, Redalyc, Concytec y Sage Journals de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. La información se ordenó en Fichas de Resumen Analítico Especializado (RAE). **Conclusiones:** El posicionamiento en el intraoperatorio es de responsabilidad directa del profesional de enfermería compartida con el equipo quirúrgico, la cual consiste en conocer las diferentes necesidades de cada cirugía programada y organizar al equipo humano y material para garantizar el adecuado posicionamiento y la exposición del sitio operatorio para la ejecución adecuada de la cirugía por el cirujano y su equipo. Los riesgos de la cirugía asociada al posicionamiento están relacionada fundamentalmente a la presencia de hemorragias, complicaciones, desconocimiento de mediciones de riesgo, a diferentes reacciones del organismo cuando la posición no es la correcta.

**Palabras Clave:** Posicionamiento. Intraoperatorio. Enfermería. Fuente DeCS.

## **ABSTRACT**

Objective: To identify the types and risks of surgical positioning of the patient in the intraoperative stage. Methodology: It is a documentary-type bibliographic review since information was obtained from primary and secondary sources in a period of 2018 - 2022, from which the information was collected, selected, organized and analyzed. A search of 150 articles was carried out, organized with the keywords according to the DeCS source, of which 50 articles were chosen with the same variable and 30 were chosen, both national and international, from the search engines: Pubmed, Google Scholar, Science, Direct, Scielo., Research, Redalyc, Concytec and Sage Journals according to the inclusion and exclusion criteria. The information was arranged in Specialized Analytical Summary Files (RAE). Conclusions: Intraoperative positioning is the direct responsibility of the nursing professional shared with the surgical team, which consists of knowing the different needs of each scheduled surgery and organizing the human and material team to guarantee the adequate positioning and exposure of the site. procedure for the proper execution of the surgery by the surgeon and his team. The risks of surgery associated with positioning are fundamentally related to the presence of hemorrhages, complications, lack of knowledge of risk measurements, different reactions of the body when the position is not correct.

Keywords: Positioning. Intraoperative. Nursing. DeCS source.



## I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró nuevas directivas para salvar vidas, promover la reducción de costos, detención de la propagación de microorganismos multirresistentes en personas que se someten a cirugías. Estas contienen un listado de 29 recomendaciones, que se hicieron por 20 expertos en el ámbito mundial, el interés de la publicación de estas directivas es disminuir el incremento creciente de infecciones por secuelas post quirúrgicas que afectan a los pacientes y a los sistemas de salud. Los pacientes sometidos a cirugía, a causa de deficiencias en la movilización del paciente, pueden adquirir diversas enfermedades o infecciones que comprometen la salud y la capacidad de la persona (1).

En un estudio realizado por López F. en Brasil en el 2020, un elevado porcentaje de pacientes se encontraban en riesgo de lesiones de piel durante el intraoperatorio asociado al posicionamiento ello según la escala que se utilizó para estimar el riesgo en tiempo real donde el puntaje reveló un promedio de 19,97, infiriéndose que a mayor riesgo hay mayores posibilidades de presentar lesiones de piel durante el intraoperatorio (2). Así, otro estudio realizado por Brandon J. et al. en EE.UU. en el 2021 sobre posicionamiento del cirujano en la cirugía laríngea, se ha encontrado que la peor puntuación encontrada según RULA fue la lateral (7,0) y la mejor fue la cercana (4,5) la evaluación se hizo en todos los músculos muestreados, que fueron consistentes con dolor auto informado cuando se encontraba en una mala posición (3). Otro estudio, sobre la lesión por presión en la posición prono realizado

por Gorka I. et al. señala que la zona afectada fue la cara, durante la cirugía, complicándose con un sangrado (4).

El posicionamiento quirúrgico realizado por el profesional de enfermería especializada en cirugía, es definido como la actividad, que es de responsabilidad directa durante la cirugía, logrando que el paciente se encuentre seguro y confortable; para ello, es necesario contar con mayor conocimiento y compromiso a fin de mantener el alineamiento corporal del paciente, colocando al paciente en la posición que requiere el procedimiento a realizarse; haciendo uso de su experiencia en el manejo de equipos biomédicos. El posicionamiento quirúrgico, no es responsabilidad solamente del profesional de enfermería es compartida con el equipo quirúrgico, es usado para evitar complicaciones en el paciente y para exponer óptimamente el sitio quirúrgico en concordancia con el tipo de cirugía (5).

Así también, es definido el posicionamiento como el acto en el que el profesional de enfermería coloca al paciente durante la etapa perioperatoria sobre la mesa de cirugía; la misma, que es coordinada con el equipo de cirugía quienes realizan la valoración personalizada sobre la dinámica fisiológica del paciente, para la búsqueda de una adecuada posición. El equipo en su conjunto: médico, anestesiólogo, enfermeros deciden la mejor posición favorable para el paciente, además, esta decisión del posicionamiento debe facilitar el acto anestésico-quirúrgico (6).

Algunos estudios que se realizaron en el Perú como el de Reyes A. en el 2021, sobre conocimiento de enfermería sobre posiciones quirúrgicas en el intraoperatorio, se identificó que hubo conocimiento de regular a malo sobre el posicionamiento en pacientes durante el parto y atención ginecológico (7).

Según Yakaranda, el posicionamiento del paciente es vital para el procedimiento quirúrgico seguro y efectivo, este depende del tipo de cirugía, duración, del acceso a la anestesia, de los equipos biomédicos requeridos, el adecuado posicionamiento es el resultado del esfuerzo de todo el equipo quirúrgico, este permite: mantener la vía aérea, evitar el daño nervioso, facilitar el acceso del cirujano al sitio quirúrgico, facilitar la administración de anestesia proporcionar comodidad, seguridad al paciente y prevenir lesiones de tejidos blandos o musculo esqueléticas y otras lesiones del paciente. Para garantizar la seguridad y bienestar del paciente en el proceso intraoperatorio se requiere de un número adecuado del personal de salud que debe encontrarse disponible, para colocar en la posición segura y eficaz. Es necesario asegurarse de que la presión no se concentre en alguna prominencia para evitar lesiones por presión, lesiones en la piel debido al corte y la fricción ya que el paciente sedado no puede comunicar ningún problema (8).

Los aspectos que provocan riesgo durante un procedimiento asociado al posicionamiento pueden ser internos o externos, que interactúan y provocan daño, puede deberse a la intensidad y duración de la presión, a los efectos de la anestesia, a trastornos preexistentes respiratorios o circulatorios como diabetes mellitus, anemia, desnutrición avanzada (9).

Con relación al riesgo de desarrollo de alguna lesión perioperatoria por el posicionamiento, en su mayoría los pacientes presentan riesgo elevado en la etapa intraoperatoria. También se ha identificado que existe escasez de escalas intraoperatorias para la evaluación de riesgo alto a lesiones. En estas condiciones el posicionamiento requiere de una planificación para garantizar una atención perioperatoria segura, es recomendable utilizar la Escala de Evaluación de Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Derivadas del Posicionamiento Quirúrgico (ELPO), instrumento válido y confiable (8).

La posición del paciente en el quirófano, viene determinada por el tipo de operación, con exposición adecuada del área a intervenir y la técnica de administración de la anestesia, sin embargo requiere la minimización de los riesgos, y áreas de presión del paciente, sobre todo si las cirugías son de larga duración, esta actividad es realizada y es responsabilidad directa de la enfermera(o) de quirófano, para lo cual hace uso de sus conocimientos en anatomía, fisiología, y del conocimiento de los equipos disponibles en el área quirúrgica.

El posicionamiento quirúrgico tiene como principal finalidad promover el acceso al sitio quirúrgico y debe ser realizado de forma correcta para garantizar la seguridad del paciente y prevenir complicaciones. Los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones, las complicaciones provenientes del posicionamiento quirúrgico y los cuidados de enfermería relacionados al posicionamiento quirúrgico.

Durante las prácticas de la especialidad la investigadora observó en los servicios de recuperación que no hay un posicionamiento adecuado en el intraoperatorio, manifestado por los mismos pacientes debido a las lesiones que presentaron, o en algunos casos fracturas que producto de la intervención quirúrgica y la posición en que se encontraban, siendo no intencionales, pero habiendo ocurrido por las malas posiciones y por el largo tiempo de duración de las operaciones (9).

Así mismo, el nivel de conocimiento de las enfermeras respecto a la seguridad del paciente, cobra vital importancia porque a través de dicha información se podrá implementar medidas y dar soluciones a los problemas de salud de la población garantizando mínimamente la prevención de eventos adversos relacionados con la atención de salud y contribuir a disminuir los altos índices de morbimortalidad que de por sí ocasionan las enfermedades y accidentes.

En este contexto es extremadamente importante que el profesional de enfermería realice el examen físico preoperatorio al paciente, que consiste en realizar un estudio minucioso de los distintos aparatos y estructuras óseas y blandas del paciente, sobre todo en la zona de la intervención, o en los sistemas ligados o próximas a esta, esta debe ser tan minuciosa como sea posible, puesto que de esta forma se reducirá el riesgo de enfrentar complicaciones durante y después de la intervención. Generalmente este procedimiento comienza de manera visual y manual, siendo posteriormente acompañada de diversos instrumentales que contribuyen a establecer un diagnóstico, como por ejemplo radiográfico, ECG, TAC, entre otras.

Posterior al establecimiento de las condiciones clínicas del paciente el profesional de enfermería debe comprobar antes de la intervención:

**Las condiciones o estado de la sala o quirófano.**

En este contexto debe evaluar que la climatización es la adecuada, la condición de la iluminación, en caso de utilizar luz algún dispositivo para luz auxiliar o dispositivos de exploración.

Que la instrumentación esté disponible, y accesible sin interferencias, de ningún tipo, así como el orden y disposición que estos deben tener, deberá contar con zonas de desinfección para el personal de quirófano, y del paciente, como guantes, sabanas de exploración.

Abordar y comentar con el paciente el procedimiento que se va a realizar como una manera de disminuir su ansiedad, y conseguir su colaboración, siendo empático la mayor parte del tiempo, siempre y cuando esto no afecte el procedimiento o condiciones de seguridad o de salud de paciente. Colocar al paciente en la posición determinada para la intervención, respetando su intimidad con el uso de biombos, sabanas, etc., y garantizando su seguridad e integridad (10).

***Posición decúbito dorsal (supina)***

Como se indicó anteriormente esta posición es la más natural, en donde el paciente yace boca arriba, cabeza y miembros alienados con el cuerpo y los miembros alineado con el cuerpo, los cuales deben estar sujetos con bandas de seguridad,

cuidando de que ninguna extremidad se encuentre por fuera de la mesa quirúrgica, como por ejemplo los pies. Esta posición es adecuada y su uso se frecuenta para intervenciones abdominales, ginecológicas, urológicas, de tórax, vasculares y ortopédicas.

Se debe prevenir por tanto la hipertensión de las vértebras cervicales, teniendo especial cuidado de la posición e hiperextensión de rodillas codos, o de lesiones por presión, del nervio radial y cubital, plexo braquial. También es importante durante la fase operatoria prestar la debida atención a la reducción de la ventilación por la compresión abdominal sobre el diafragma, sobre todo si se hace uso de anestesia general al paciente. En este contexto se debe disponer de una almohadilla que se coloca bajo la cabeza para proteger a las vértebras, y permite la relajación de los músculos el cuello, así como una bajo la zona lumbar lo que contribuiría a mejorar el apoyo en la espalda y evitar lumbalgias, y una pequeña almohadilla debajo de las rodillas.

Adicionalmente se debe considerar proteger los brazos y zonas de estos donde se encuentren con vías intravenosas, en donde en algunas ocasiones se requiere un vendaje compresivo ascendente para mejorar el retorno venoso.

En las cirugías que requieran la posición supina trendelenburg, se debe observar con especial atención, el descenso en la presión arterial en las extremidades inferiores sobre todo en pacientes ancianos, o con problemas circulatorios. Y es posible que se presenten riesgos de regurgitación, náuseas, y vómitos en el

postoperatorio. También es importante comprobar la correcta posición el tubo endotraqueal, ya que, por la gravedad, hace que se desplacen los órganos, con pulmones, en donde el tubo puede introducirse en el bronquio derecho (11).

En las cirugías que requieran la posición supina trendelenburg, la cual está indicada para cirugías de tiroides, vías biliares, y vesículas, se presentan con frecuencia hipotensión, lo cual conlleva un riesgo de tromboembolismo en el postoperatorio.

En las cirugías que requieran la posición para litotomía o ginecológicas, es importante prestar atención a las reducción de la ventilación por compresión abdominal sobre el diafragma, reducción de la circulación por compresión en la vena cava inferior lo cual produce hipotensión la cual se previene ladeando la cama 10° hacia el lado izquierdo, compresión del nervio ciático, esto se previene elevando las dos piernas de forma simultánea, lentamente y realiza la rotación externa de las caderas, posteriormente para cuando termina la cirugía se debe tener especial cuidado que las rodilla no caigan con brusquedad, para que no sufran luxaciones.

### ***Posición decúbito ventral o prono***

Es una posición menos fisiológica para el paciente, utilizada ampliamente en intervenciones de columna y en ocasiones de recto, por lo general se gira al paciente a esta posición una vez que ha actuado la anestesia, por lo cual conlleva mayores riesgos en la manipulación del paciente.



Entre las complicaciones que se deben prevenir se encuentran el mantenimiento de la presión arterial media la cual puede causar un descenso en el ritmo cardiaco, la presión sobre el abdomen puede producir un desplazamiento cefálico el diafragma y por tanto disminuye la capacidad pulmonar, la cual se puede reducir con la colocación de dos rodillos almohadillados debajo del tórax a la altura de las axilas, y otros dos a nivel de las palas iliacas, los cuales no deben comprimir los vasos femorales, teniendo especial cuidado en las mamas de las mujeres, y en el aparato genital masculino, la posición de la cabeza, ya sea en su posición de descanso en el operatorio, o por la rotación puede conllevar mayor sollicitaciones a las vértebras, u oclusión de la carótida o las arterias vertebrales, se puede mejorar con la colocación de reposacabezas almohadillado en forma de herradura, que soporta la periferia de la cara sin presionar los ojos.

Una variante de la posición prona es la de kraske en la cual se ejecuta algunas cirugías rectales o intervenciones en el coxis, en la cual la mesa se dobla a nivel de las caderas, en un ángulo que puede ser moderado o severo dependiendo de la necesidad del cirujano, para este caso se debe almohadillar la zona de la cadera y la ingle, teniendo especial cuidado con el área genital masculina, se debe también tener cuidado de los miembro inferiores para evitar hiperflexión, los cuales se deben proteger, después de realizar la cirugía se debe regresar lentamente al paciente a su posición horizontal, debido al estancamiento venoso que se produce.

### ***Posición decúbito lateral o SIMS***

Es utilizada para la cirugía renal y torácica, se debe intentar logar que la cabeza-tórax-cadera quede alineada, pudiendo ser derecha o izquierda de acuerdo con el lado donde se encuentre apoyado el paciente durante la cirugía. Los brazos deben reposar sobre los apoyabrazos, la pierna de abajo se debe flexionar, quedando la superior extendida, y para evitar que el paciente se mueva se coloca una correa en la cadera fijada a ambos lados de la mesa. Entre las complicaciones se encuentran los respiratorios, puesto que el paciente comprime un lado de su caja torácica y el movimiento del diafragma. Es posible que se presenten presión auricular y del ojo, la mandíbula, hombro, escapula, cara interna de las rodillas, tobillos y talones. Por lo cual se recomienda el uso de almohadas que contribuyan a alinear la cabeza y el cuello, si la cirugía toma tiempo es necesario colocar un rollo acolchado debajo de la axila que está sobre la mesa para aligerar la presión en el hombro y escapula, y vigilar el ojo para que no sufra lesiones, la oreja debe descansar sobre una zona blanda, también se puede colocar una almohada entre ambas piernas para proteger las rodillas.

### ***Posición Fowler***

En esta posición como se indicó el paciente está semisentado con la cabecera elevada cuarenta y cinco grados aproximadamente (ángulo con respecto a los pies), se utiliza cuando el paciente a intervenir presenta problemas respiratorios o cardíacos ya que facilita la expansión pulmonar, en la exploración de cabeza, ojos, nariz, boca, oídos, cuello y tórax, y en neurocirugía donde la cabeza se apoya sobre un soporte, así como también en cirugías de hombro, mama entre otras, en esta

posición se debe tener cuidado con los nervios lumbares , y la hiperextensión de los miembros inferiores para lo cual se hace uso de almohadas que permitan tener flexionadas las rodillas, los brazos deben es lo posible descansar sobre las piernas del paciente o a los costados peor descansando en forma natural, el cual debe estar sujeto a nivel de la dadera, y posiblemente a nivel de abdomen, en neurocirugías también se debe inmovilizar la cabeza a nivel de la frente,

La investigación se justifica, porque el profesional de enfermería como integrante permanente del equipo quirúrgico, asume la responsabilidad de velar por el cuidado de la salud y bienestar de la persona que ingresa a sala de operaciones, para minimizar las ocurrencias por deficiencias en los procedimientos y en la movilización del paciente quien debe tener una adecuada estabilidad durante el proceso operatoria. Aportará con información para evitar cualquier situación que pueda presentar antes, durante o después del acto operatorio a consecuencia de dificultades en el adecuado posicionamiento del paciente.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Identificar los tipos y riesgos del posicionamiento quirúrgico del paciente en la etapa del intraoperatorio.

### **2.2 Objetivos específicos**

Determinar las características de los tipos de posicionamiento quirúrgico del paciente en la etapa intraoperatoria.

Determinar los riesgos durante el posicionamiento quirúrgico del paciente en la etapa intraoperatoria.

### **III. CUERPO**

#### **3.1 Metodología**

El presente estudio es una revisión bibliográfica donde se ha recopilado información con evidencias científicas que se buscaron en diferentes revistas indexadas de diversas bases de datos enfocadas en el posicionamiento de los pacientes en intraoperatorio. Es de tipo documental ya que se obtuvo información de fuentes primarias y secundarias en un periodo de 2018- 2022, donde se recopiló, seleccionó, organizó, y analizó la información.

#### **Selección de tema**

Se realizó la búsqueda de 150 artículos, organizados con las palabras clave. Se eligieron 50 artículos con la misma variable y se escogió 30 entre nacionales como internacionales que guardaban relación con el tema de la presente investigación. La información se ordenó en fichas de Resumen Analítico Especializado (RAE) donde se colocó la síntesis de cada artículo: título, país, revista de ubicación, volumen y número, tipo y diseño, población y muestra, instrumentos, resultados, aportes a la monografía y conclusiones; no hubo ninguna manipulación, solo se analizaron e interpretaron los resultados y conclusiones de acuerdo con la variable.

#### **Búsqueda**

Se ejecutó en buscadores: Pubmed, Google Académico, Science, Direct, Scielo, Research, Redalyc, Concytec y Sage Journals. Fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión: artículos publicados en revistas indexadas,

artículos con una antigüedad no mayor de 5 años, que tengan relación con la variable en estudio, y como criterios de exclusión se consideró a los estudios publicados en repositorios o tesis. La búsqueda se realizó de acuerdo con las palabras clave posicionamiento, intraoperatorio y enfermería. Fueron corroboradas en los Descriptores de las Ciencias Sociales (DeCS). Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR; además de un conjunto de descriptores en español e inglés de acuerdo con las palabras clave.

### **3.2 Resultados**

Se revisaron 150 artículos de los cuales se seleccionó a través de las palabras clave 45, de ellas se escogió 30 artículos para su análisis. Las bases de datos revisados fueron: NCBI (13 artículos) Scielo (6 artículos) SCI (9 artículos) INDEX (2). Proviene los estudios de los países de: Japón (7) EEUU (6) Brasil (8) Argentina (2) Turquía (6) (Portugués 1). Prevalen estudios del 2018 (16) 2019 (4) 2020 (5) 2021 (3) 2020 (1) 2017 (1). 15 artículos cuyo contenido es referente a los tipos de posicionamiento y 15 artículos referidos a los riesgos durante el posicionamiento.

### **3.3 Análisis e interpretación.**

#### **TIPOS DE POSICIONAMIENTO:**

Kiem E. et al, Morimoto E. et al, Haider T. et al, Establecieron que, para los cuidados del paciente en el intraoperatorio, es importante establecer las posiciones en mesa operatoria, dependiendo del tipo de cirugía al que será sometido el paciente y de los procedimientos de control de signos vitales que realiza el equipo de cirugía. La posición lateral contribuye al equilibrio de la presión arterial, donde el

manómetro utilizado no presente variaciones o errores en la medición. La posición prona en pacientes con problemas en vías respiratorias es elemental, sin embargo, no es muy aceptado por el paciente quien no logra adherirse, en grados elevados. En cuanto a las repercusiones del posicionamiento con los valores sanguíneos en pacientes con cirugía de reemplazo de cadera por fracturas, no se ha encontrado asociación entre el sangrado y el posicionamiento lateral y supina (12,13,14).

Orosco D. et al, Tapar H. et al, Hou W-X. et al, Plataniotis N. et al, Smith T. et al, determinan que las diferentes posiciones del cuerpo en sala de operaciones pueden provocar cambios en la perfusión tisular, aspecto que debe ser monitorizado por el profesional de enfermería para controlar el índice de perfusión. Así mismo, cuando se midió la pérdida de sangre intraoperatoria de acuerdo al posicionamiento del paciente, los resultados establecieron que la posición prona en una cirugía toracolumbar posterior, afecta directamente la relación anatómica de la aorta y la columna vertebral, por lo que se recomienda que la posición tradicional (supina) estándar, es una técnica estática es la recomendable para la realidad quirúrgica.; La posición en decúbito prono conduce a un aumento significativo del SPI, probablemente debido al aumento del tono simpático. En comparación con decúbito lateral, prono el posicionamiento proporciona un acceso L4-L5 LIF equivalente o mejor alrededor de la cresta ilíaca cuando se utiliza un posicionador que permite la flexión coronal y mejora la lordosis posicional, lo que puede facilitar la corrección segmentaria y el logro de los objetivos de alineación quirúrgica (15, 16,17,18,19).

Smita M. et al, McAllister P. et al, Kovari V. et al. Plantean que la posición en decúbito prono conduce a un aumento significativo del dolor, probablemente debido al aumento del tono simpático. Es necesario realizar la planificación quirúrgica guiada tridimensionalmente durante el uso de guías de corte personalizadas porque permite al cirujano determinar la orientación óptima de los cortes de osteotomía. La curva de aprendizaje para desarrollar competencia en el uso del software de planificación se compensa con mayor previsibilidad quirúrgica y reducción del tiempo de quirófano, haciendo de esta forma de planificación de una adecuada cirugía con apoyo de una impresora (20,21,22).

Kovari V. et al, Das D. et al, Vrouwe S. et al, Bongetta D. et al. Hasta la fecha se tiene conocimiento de las posibles posiciones del paciente, todos ellos (prono, lateral izquierdo) son igualmente efectivos, ninguno es mejor que el otro; sin embargo, para patologías lumbares del lado izquierdo, la posición lateral derecha podría ser una opción alternativa para facilitar el acceso a la anestesia epidural y general. La anestesia espinal podría ser otra consideración de anestesia. De igual forma para hacer una laparoscopia segura y eficiente, es importante revisar el deslizamiento del paciente, esta debe ser mínima, con el uso de cualquiera de los dispositivos antideslizantes estudiados o en conjunto con varias técnicas para asegurar al paciente (23,24,25,26).

Se han descrito numerosas técnicas para mejorar el posicionamiento del paciente durante la cirugía de quemaduras. La mayoría de las técnicas usan equipo de quirófano estándar y pueden ayudar en operaciones seguras y más fáciles. De otro



lado, para las cirugías fetales, el equipo multidisciplinario debe equilibrar la edad gestacional, la comodidad quirúrgica y la seguridad materno fetal para diseñar un plan de posicionamiento adecuado para cada caso individual. El comienzo del tercer trimestre es el período más limitante debido al obstáculo del útero que favorece las posiciones laterales o de tres cuartos.

### **RIESGOS DE POSICIONAMIENTO:**

Tanaka Y. et al, Damasceno D. et al, Dias M. et al. Determinaron que los riesgos durante el posicionamiento se pueden presentar al rotar una camilla para usar haces no coplanares, cuando se usaba el sistema 6D ExacTrac sin marco. Los errores de posición del paciente deben corregirse utilizando sistemas IGRT en cada ángulo de la camilla. Se ha determinado que la prevalencia de riesgo para lesiones en pacientes sometidos a procedimientos electivos está más relacionada con la posición quirúrgica que con el porte de la cirugía. Estudios han podido determinar el perfil de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en la institución, así como la caracterización de los participantes en cuanto al riesgo de desarrollar lesiones derivadas de la posición quirúrgica, el cual fue tiene clasificaciones que sirven para prevenir errores (27,28,29).

Brito A. et al, Duarte F. et al, Hiroshi N. et al, Bonfim H. et al. Determinaron que alrededor de un **31,1%** de los participantes fueron sometidos a riesgos elevados para desarrollar lesiones por posicionamiento, asociados a la edad y comorbilidades. La elevada incidencia y los factores asociados (edad y riesgo mayor en la escala

aplicada) de úlceras por presión resultantes del posicionamiento quirúrgico fueron resultados evidenciados que pueden ayudar a comprender la problemática en el escenario nacional y a implementar intervenciones con el objetivo de reducir el riesgo de que el paciente presente este tipo de úlcera en el perioperatorio. La posición con la cabeza hacia abajo afecta la altura de la fisura del paciente y puede confundir al operador. La operación de blefaroptosis bajo anestesia local debe realizarse con el paciente en posición neutra de la cabeza. Así, en la actualidad, la identificación individual de los riesgos se considera el estándar de oro, y la escala de evaluación de riesgos, como consecuencia de ayudas de posicionamiento quirúrgicos, contribuye a tomar medidas inmediatas para mejorar la atención de enfermería perioperatoria (30,31,32,33).

Lopez de Nascimento F. et al, Salameh M. et al, Early D. et al, Ercan S. et al. Determinaron la importancia de la validación de una escala que evidencia la asociación de los puntajes con el surgimiento de lesiones; por tanto, es una herramienta válida y útil, y podrá guiar la práctica clínica del enfermero perioperatorio en lo concerniente a la reducción de riesgos de lesiones provenientes de la posición quirúrgica. Para reducir la fractura, la pérdida de sangre intraoperatoria, la infección postoperatoria y osificación heterotópica es importante la experiencia del cirujano y la preferencia de las posiciones que responden a su experiencia, para decidir el posicionamiento del paciente, como, por ejemplo, en el abordaje de Kocher-Langen Beck para la fijación de fracturas de acetábulo (34, 35, 36,37).

Xu C. et al, Park J. et al, Crowther J. et al. Determinaron que la mesa espina de Jackson permitía que el abdomen colgara libremente, proporcionando descompresión abdominal y resultando en un abdomen gravemente hundido, el riesgo que se presentó fue que el abdomen hundido había empujado el contenido abdominal hacia abajo, torciendo la vena cava inferior o causando un charco venoso en el abdomen, lo que resultó en la obstrucción del retorno venoso al corazón. La IONM es una tecnología cada vez más utilizada en cirugía tiroidea y peri laríngea, debido al riesgo de daño a los nervios y las graves complicaciones que puede ocasionar. El euro monitorización no solo puede alertar a un cirujano sobre una lesión nerviosa, sino que también puede usarse para informarle sobre posibles variantes nerviosas. (38)

#### **IV. CONCLUSIONES**

El posicionamiento en el intraoperatorio es de responsabilidad directa de enfermería compartida con el equipo quirúrgico, consiste en conocer las diferentes necesidades de cada cirugía programada y organizar al equipo humano y material para garantizar el adecuado posicionamiento y la exposición del sitio operatorio para la ejecución adecuada de la cirugía por el cirujano y su equipo. Cada una de las posiciones tiene una razón de por qué se utiliza, la que debe ser ampliamente conocida y ejecutada.

Los riesgos de la cirugía asociada al posicionamiento están relacionada fundamentalmente a la presencia de hemorragias, complicaciones, desconocimiento de mediciones de riesgo, a diferentes reacciones del organismo cuando la posición no es la correcta. Es necesario tener un amplio conocimiento de cada una de las necesidades de la cirugía y del manejo de equipos de apoyo para evitar complicaciones.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benett S. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016. (1) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs>
2. López de Nascimento FC, Soares Rodríguez MC. Risk for surgical positioning injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2020;28: e:3261. (2) Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CT7tqpRnkRrjDTbRWkVN8Gj/abstract/?lang=es#>
3. Baird BJ, Tynan MA, Tracy L, Heaton JT, Burns JA. Surgeon Positioning During Awake Laryngeal Surgery: An Ergonomic Analysis. The Laryngoscope [Internet]. 2021; 12:2752–8. (3) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34296439/>
4. Martínez Diestro DC. Scientific evidence related to nursing care in surgical positioning [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. (4) Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11458>

5. Reyes Aybar AM. Conocimiento de la enfermera sobre posiciones quirúrgicas en el intraoperatorio del hospital II Cañete Essalud, 2020 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional del Callao; 2021. (5) Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6127>
6. Salazar Vásquez MJ. Cuidados de enfermería durante el intraoperatorio a paciente sometido a craneotomía para evacuación de hematoma por traumatismo craneoencefálico, en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud. Lima. 2020 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional del Callao; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6291>
7. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Corporación. Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria [Internet]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2002. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1699-2002.pdf>
8. Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
9. Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real MA, editores. Manual de enfermería quirúrgica [Internet]. Hospital de Galdakao; 2003. Disponible en:

[https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual\\_de\\_enfermeria\\_quirurgica.pdf](https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf)

10. Rivera Tejada HS, Paredes Ayala B, Sánchez Minchola SE. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería [Internet]. 2020;7(2):85–92. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/410/1041?download=pdf>
11. Adams. Atención del Auxiliar de Enfermería en la preparación del paciente para la exploración: Posiciones Anatómicas y Materiales Médico Quirúrgicos de Utilización más Común. Atención Pre y Post Operatoria [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.adams.es/descarga2.php?t=3&f=/Oposiciones/textos\\_planos/temas\\_muestra/tema08AuxEfermerSERMAS.pdf](https://www.adams.es/descarga2.php?t=3&f=/Oposiciones/textos_planos/temas_muestra/tema08AuxEfermerSERMAS.pdf)
12. Tanaka Y, Oita M, Inomata S, Fuse T, Akino Y, Shimomura K. Impact of patient positioning uncertainty in noncoplanar intracranial stereotactic radiotherapy. J Appl Clin Med Phys [Internet]. 2020;21(2):89–97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31957975>
13. Kim E, Kim I-Y, Byun S-H. Effect of lateral positioning on the bronchial cuff pressure of a left-sided double-lumen endotracheal tube during thoracic surgery: study protocol for a prospective observational study. BMJ Open

[Internet]. 2019;9(3): e026606. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30928955>

14. Morimoto E, Shimada Y, Sugimoto M, Mizuguchi T, Tanikawa A, Horiguchi M. Adherence to face-down and non-supine positioning after macular hole surgery. BMC Ophthalmol [Internet]. 2018;18(1):322. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3054784>
15. Haider T, Seilern Und Aspang J, Gahleitner C, Plessner S, Hajdu S. Does patient positioning influence blood loss and transfusion rate in hip replacement for femoral neck fractures? A single-centre, retrospective chart review. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2021;22(1):496. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34049508>
16. Brito de Sena Oliveira HM, Ferreira dos Santos AMJ, Araújo Madeira MZ, Rangel Andrade EML, Freitas da Silva GR. Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wW9TNrTjycQHTyJpb7njJCm/?format=pdf&lang=pt>
17. Orosco D, Ortiz Pablo N, Cristiani M, Aguirre G, Robles C, Guimbard, Joint. Modification of the spinopelvic parameters with surgical positioning and the role of the hip. Coluna/Columna [Internet]. 2019;18(4):283–8.



Disponível en:  
<https://www.scielo.br/j/coluna/a/jhr5fh6dCWGc9TcZMdq3zcD/?format=pdf&lang=en>

18. Duarte F, Buso S, Barbosa MH. Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados Pressure injury related to surgical positioning and associated factors Úlcera por presión resultante de posicionamiento quirúrgico y factores asociados. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021;34. Disponível en:  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/VPg7mpWnvhgkDVXWGWjR6hn/?format=pdf&lang=pt>
19. Tapar H, Karaman S, Dogru S, Karaman T, Sahin A, Tapar GG, et al. The effect of patient positions on perfusion index. BMC Anesthesiol [Internet]. 2018;18(1):111. Disponível en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30115011>
20. Hou W-X, Zhang H-X, Wang X, Yang H-L, Luan X-R. Application of a modified surgical position in anterior approach for total cervical artificial disc replacement. World J Clin Cases [Internet]. 2020;8(1):38–45. Disponível en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31970168>
21. Oliveira KF de, Pires P da S, De-Mattia AL, Barichello E, Galvão CM, Araújo CA de, et al. Influence of support surfaces on the distribution of

- body interface pressure in surgical positioning. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018;26(0): e3083. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/J53j69pMHYw7JvK4Mk5q7NJ/?format=pdf&lang=es>
22. Nishioka H, Kondoh S, Yuzuriha S. Differences in palpebral fissure height depending on patient's intraoperative head position. JPRAS Open [Internet]. 2019; 20:81–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32158874>
23. Bonfim Loiola HA, Fróz MA, Fonseca MMM, de Souza RS, Cardoso LSP, de Sousa S de MA. Scale of risk assessment in surgical positioning: experience report /Escala de avaliação de risco no posicionamento cirúrgico: relato de experiência / Escala de evaluación de riesgo en el posicionamiento quirúrgico: relato de experiencia. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2018 [citado el 12 de junio de 2022];7(2):86–9. Disponible en: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6843/pdf>
24. Plataniotis N, Evangelopoulos DS, Katzouraki G, Pneumaticos S. The effect of patient positioning on the relative position of the aorta to the thoracic spine. Eur Spine J [Internet]. 2019;28(3):477–83. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5812-9>

25. Smith TG, Pollina J, Joseph SA Jr, Howell KM. Effects of surgical positioning on L4-L5 accessibility and lumbar lordosis in lateral transposas lumbar interbody fusion: A comparison of prone and lateral decubitus in asymptomatic adults. *World Neurosurg* [Internet]. 2021;149: e705–13. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.wneu.2021.01.113>
26. Salameh M, Hammad M, Babikir E, Ahmed AF, George B, Alhaneedi G. The role of patient positioning on the outcome of acetabular fractures fixation through the Kocher-Langenbeck approach. *Eur J Orthop Surg Traumatol* [Internet]. 2021;31(3):503–9. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00590-020-02793-1>
27. Early D, Larue S, Weinstock L, Kushnir V, Gyawali P, Sullivan S, et al. Impact of tilt-down positioning compared with left lateral positioning on ease of colonoscope insertion during colonoscopy. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2020;54(6):558–60. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/mcg.0000000000001318>
28. Ercan S, Ataizi ZS, Ertlav K. The correlation of meralgia paresthetica and spinal surgery in prone position. *Turk Neurosurg* [Internet]. 2020;30(1):89–93. Disponible en: [http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf\\_JTN\\_2273.pdf](http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_2273.pdf)

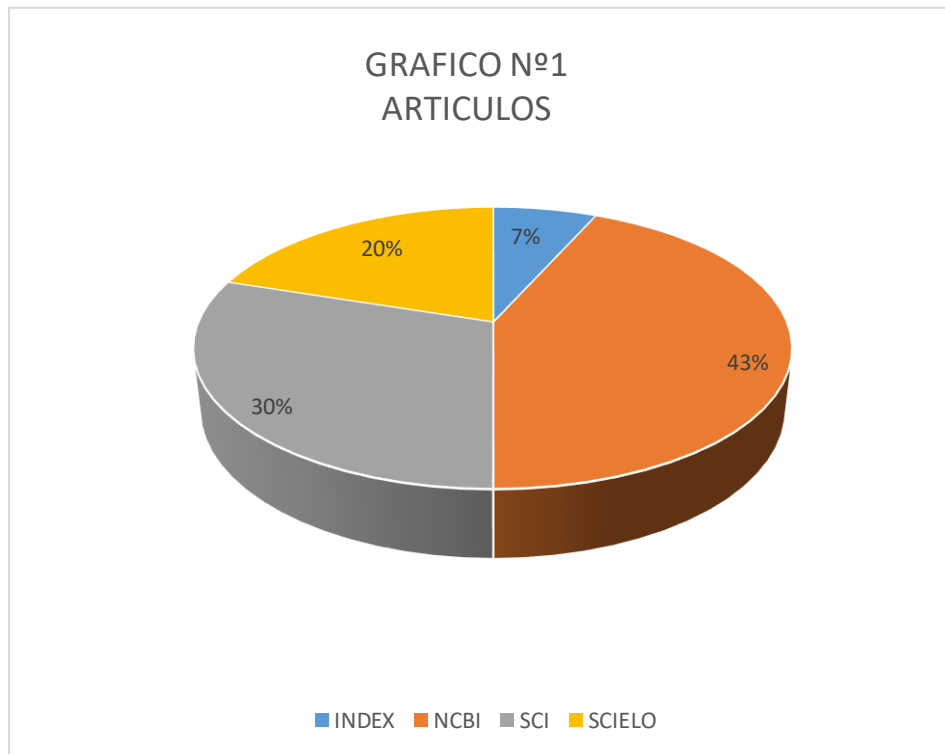
29. Xu C, Huang C, Cai P, Fang Z, Wei Z, Liu F, et al. Biomechanical effects of pedicle screw positioning on the surgical segment in models after oblique lumbar interbody fusion: An in-silico study. *Int J Gen Med* [Internet]. 2022; 15:1047–56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818966/pdf/ijgm-15-1047.pdf>
30. McAllister P, Watson M, Burke E. A cost-effective, in-house, positioning and cutting guide system for orthognathic surgery. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2018;17(1):112–4. Disponible en: <https://scihub.hkvisa.net/10.1007/s12663-017-1067-y>
31. Kovari VZ, Horvath L. Surgical management of cauda syndrome in third trimester of pregnancy focusing on spinal anesthesia and right lateral positioning during surgery as possible practices. *Eur Spine J* [Internet]. 2018;27(Suppl 3):483–8. Disponible en: <https://scihub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5519-y>
32. Park JH, Kwon JY, Lee SE, Kim YH, Kim SH. Sudden hemodynamic collapse after prone positioning on a Jackson spinal table for spinal surgery. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2020;73(1):71–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30590915>

33. Das D, Propst K, Wechter ME, Kho RM. Evaluation of positioning devices for optimization of outcomes in laparoscopic and robotic-assisted gynecologic surgery. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2019;26(2):244-252.e1. Disponible en: <https://scihub.hkvisa.net/10.1016/j.jmig.2018.08.027>
34. Crowther JE, Ali DB, Bamford J, Kang S-W, Kandil E. Intraoperative neuromonitoring during thyroid surgery: The effect of surgical positioning. *Surg Innov* [Internet]. 2019;26(1):77–81. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1553350618799786>
35. Vrouwe SQ, Pham CH, Gillenwater TJ, Yenikomshian HA. Techniques for patient positioning during burn surgery. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2020;85(1):24–8. Disponible en: <https://scihub.hkvisa.net/10.1097/SAP.0000000000002193>
36. Bongetta D, Versace A, De Pirro A, Gemma M, Bernardo L, Cetin I, et al. Positioning issues of spinal surgery during pregnancy. *World Neurosurg* [Internet]. 2020 [citado el 12 de junio de 2022]; 138:53–8. Disponible en: <https://air.unimi.it/retrieve/dfa8b9a4-b2ee-748b-e053-3a05fe0a3a96/Bongetta%20D%202020%20World%20Neurosurg.pdf>

## **ANEXOS**

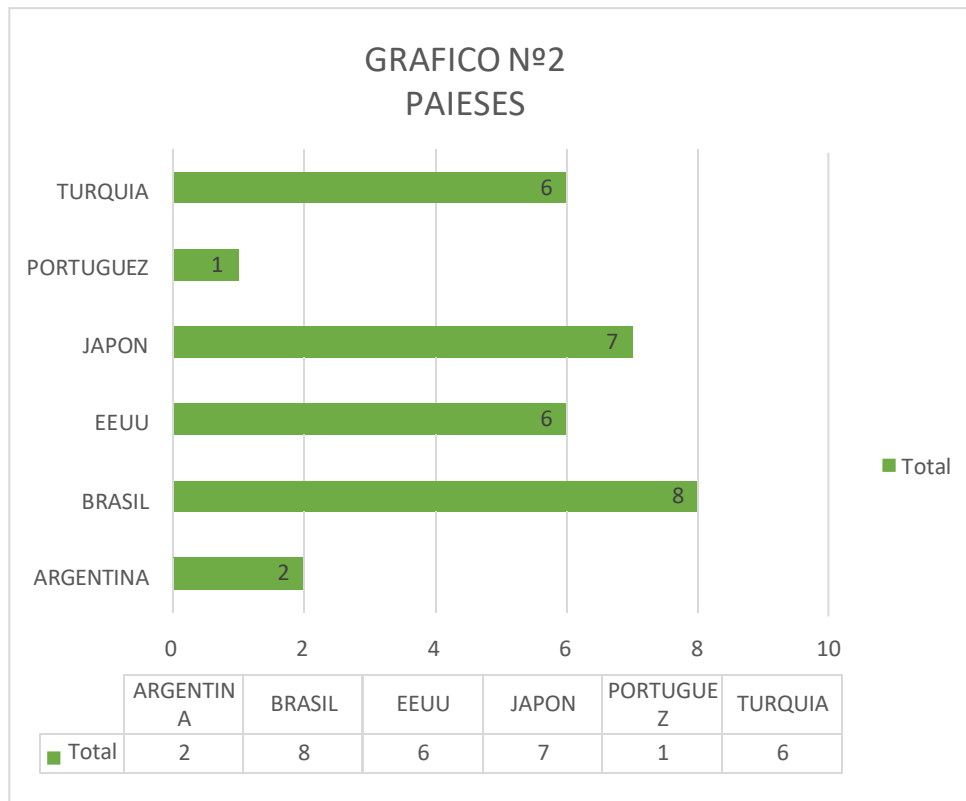
## **GRAFICOS 1**

<b>ARTICULOS</b>	<b>CANTIDADES</b>
INDEX	2
NCBI	13
SCI	9
SCIELO	6
<b>Total general</b>	<b>30</b>



## **GRAFICO 2**

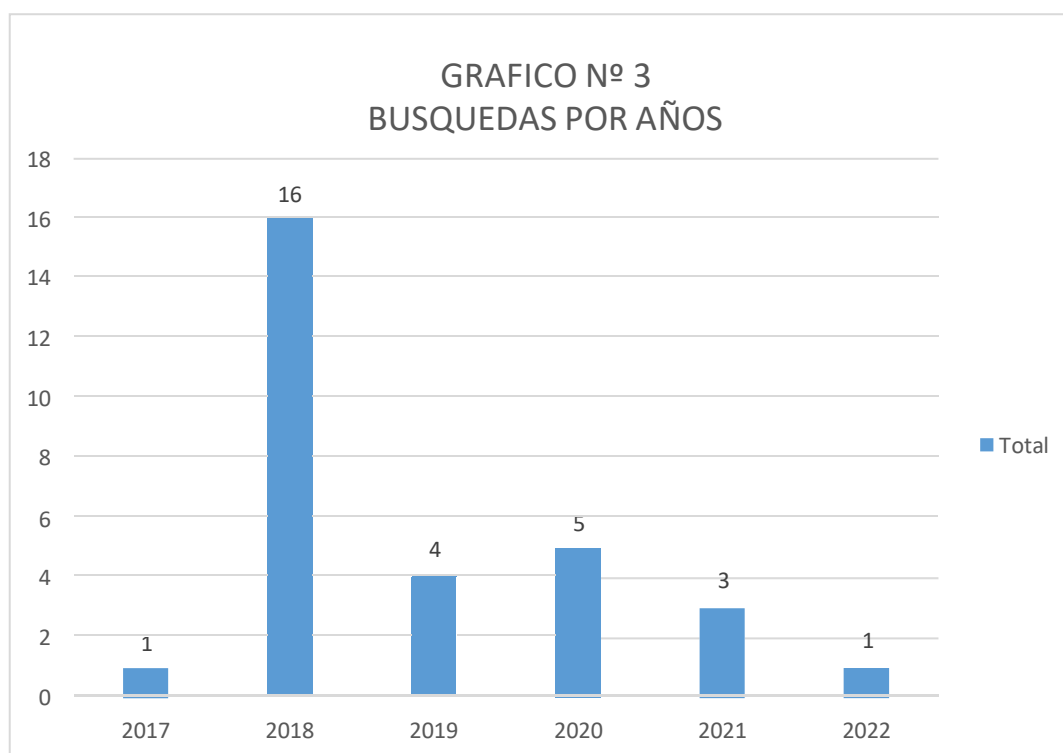
<b>PAISES</b>	<b>CANTIDADES</b>
ARGENTINA	2
BRASIL	8
EEUU	6
JAPON	7
PORTUGUEZ	1
TURQUIA	6
<b>Total general</b>	<b>30</b>





### **GRAFICO 3**

<b>POR AÑOS</b>	<b>CANTIDADES</b>
2017	1
2018	16
2019	4
2020	5
2021	3
2022	1
<b>Total general</b>	<b>30</b>



## FICHAS RAE

### FICHA RAE 1:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Impact of patient positioning uncertainty in noncoplanar intracranial stereotactic radiotherapy
AUTORES	Tanaka, Y.; Oita, M.; Shinichiro Inomata   Toshiaki Fuse   Yuichi Akino   Kohei Shimomura.
AÑO	2019
OBJETIVO	Evaluar la incertidumbre de posicionamiento del paciente en radiocirugía estereotáctica no coplanar o radioterapia estereotáctica.
METODOLOGIA	Se utilizó un acelerador lineal Novalis-Tx™ (Varian Medical Systems y BrainLAB A.G., Heimstetten, Alemania) con el sistema ExacTrac versión 6.0.6 (BrainLAB A.G., Heimstetten, Alemania).
RESULTADOS	Los valores medios y SD de los cambios de traslación XV fueron inferiores a $\pm 0,5$ y $0,4$ mm, respectivamente. Infusino et al. informaron que los errores sistemáticos y aleatorios se midieron en $1,33$ , $1,73$ y $2,30$ mm, y $0,20$ , $0,27$ y $0,18$ mm en las direcciones lateral, longitudinal y vertical, respectivamente, en SRT para tumores cerebrales con el sistema 6D ExacTrac sin marco. Se supone que la precisión de la configuración del paciente en nuestra institución fue igual a la de ellos.
CONCLUSIONES	Al rotar una camilla para usar haces no coplanares, se produjeron errores de posición del paciente y se excedió un margen de PTV en el tratamiento SRS/SRT cuando se usaba el sistema 6D ExacTrac sin marco. Los errores de posición del paciente debían corregirse utilizando sistemas IGRT en cada ángulo de la camilla.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre posicionamiento
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7020988/pdf/ACM2-21-89.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7020988/pdf/ACM2-21-89.pdf</a>

FICHA RAE 2:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Effect of lateral positioning on the bronchial cuff pressure of a left-sided double-lumen endotracheal tube during thoracic surgery: study protocol for a prospective observational study
AUTORES	Eugene Kim, In-Young Kim, Sung-Hye Byun.
AÑO	2018
OBJETIVO	Comparar el cambio de la posición supina a la posición de decúbito lateral, que es esencial para la cirugía torácica, afectaría el BCP de la TLD.
METODOLOGIA	Un estudio observacional prospectivo de un solo centro reclutará a 74 pacientes de entre 18 y 70 años que se someterán a una cirugía pulmonar electiva entre septiembre de 2018 y abril de 2019.
RESULTADOS	Aunque la medición de la presión del manguito no es una práctica de rutina, el procedimiento general, incluida la confirmación de la posición del DLT y el reposicionamiento del DLT debajo de la FOB después de la colocación lateral de los pacientes, sigue el protocolo estándar para la anestesia torácica. Con respecto a la medición de la presión del manguito del TET, ya se sabe que la conexión del manómetro al balón piloto provoca la pérdida de presión del manguito.
CONCLUSIONES	La manipulación del manómetro del manguito o el desinflado manual y el inflado del manguito con el volumen de aire establecido para equilibrar la presión dentro del manguito con la presión atmosférica o la medición de la tráquea y los BCP inevitablemente darán como resultado ligeros errores de medición. En segundo lugar, la presión del manguito y otras variables de estudio se verificarán solo hasta el inicio de la cirugía, debido a que ha habido grandes variaciones en el tiempo de operación durante la VATS en nuestra institución.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre tipos de posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475141/pdf/bmjopen-2018-026606.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475141/pdf/bmjopen-2018-026606.pdf</a>

FICHA RAE 3:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Adherence to face-down and non-supine positioning after macular hole surgery
AUTORES	Yoshiaki E. Horiguchi M. Atsuhiko T.
AÑO	2018
OBJETIVO	Investigar la adherencia del paciente a la posición boca abajo (FDP) y la posición no supina (NSP) después de la vitrectomía con taponamiento con gas para el tratamiento de los agujeros maculares (HM)
METODOLOGIA	Se examinaron los registros de enfermería de 92 pacientes que se sometieron a vitrectomía con taponamiento con gas para HM de diámetro pequeño (diámetro <400 µm) durante abril de 2016 a junio de 2017. Cuarenta y siete y 45 pacientes recibieron instrucciones de mantener FDP y NSP (grupos FDP y NSP), respectivamente. La adherencia del paciente se evaluó siete veces al día durante 3 días y se calculó la tasa de adherencia.
RESULTADOS	La tasa media de cumplimiento fue significativamente mayor en el grupo NSP (99,3 % ± 2,7 %) que en el grupo FDP (93,7 % ± 13,3 %; P < 0,001, prueba U de Mann-Whitney). Cuarenta y un pacientes (91,1 %) en el grupo NSP tuvieron una tasa de adherencia del 100 %, que fue significativamente más alta que la de los 24 pacientes en el grupo FDP (51,1 %; P < 0,001, prueba de chi cuadrado). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de los dos grupos en cuanto a sexo, edad, diámetro de HM y agudezas visuales pre y postoperatorias. Se logró el cierre de la HM en todos los pacientes.
CONCLUSIONES	Casi la mitad de los pacientes en el grupo FDP no obtuvieron una tasa de cumplimiento del 100 %, lo que sugiere que el cumplimiento de los pacientes se vio comprometido en gran medida. La adherencia del paciente fue mejor en el grupo de NSP ya que el cumplimiento del paciente con NSP fue mejor, sin embargo, el 8,9% de los pacientes se encontraron en posición boca arriba al menos una vez. La adherencia incompleta del paciente fue común, aunque en diferentes grados.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre la posición prona.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295062/pdf/12886_2018_Article_979.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295062/pdf/12886_2018_Article_979.pdf</a>

## FICHA RAE 4:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Does patient positioning influence blood loss and transfusion rate in hip replacement for femoral neck fractures? A single-centre, retrospective chart review.
AUTORES	Haider T. Seilern J. Gahleitner C. Plessner S. Stefan Hajdu S.
AÑO	2021
OBJETIVO	Comparar la pérdida de sangre y la frecuencia transfusional entre el decúbito lateral y la posición supina en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de cadera por fracturas del cuello femoral.
METODOLOGIA	Incluimos retrospectivamente pacientes con fractura de cuello femoral tratados con hemi (HA) o artroplastia total de cadera (THA). Se incluyeron un total de 626 pacientes, de los cuales 313 pacientes fueron intervenidos en decúbito lateral y 313 pacientes en decúbito supino
RESULTADOS	Se observó la siguiente disminución de los parámetros de laboratorio entre las medidas preoperatorias y el primer día posoperatorio: RBC: -0,77 G/L ( $\pm$ 0,5 G/L, mediana = -0,80 G/L; rango: -0,50--1,10 G/L) ; Hct:-7,08 % ( $\pm$ 4,7 %, rango:-4,70--9,90 G/L); Hb:-2,36 g/dL ( $\pm$ 1,6 g/dL, rango:-1,50--3,40 g/dL). No observamos diferencias significativas en la frecuencia de transfusiones entre las dos cohortes del estudio ( $p = 0,735$ para THA, $p = 0,273$ para HA). No se observó influencia del posicionamiento del paciente en la disminución de Hb, disminución de Hct o disminución de RBC en nuestros modelos ANOVA de dos vías teniendo en cuenta el tipo de implante y la técnica de fijación ( $F(3618) = 1,838$ , $p = 0,139$ ; $F(3618) = 2,606$ , $p = 0,051$ ; $F(3618) = 1,407$ , $p = 0,240$ )
CONCLUSIONES	No observamos diferencias significativas en los valores sanguíneos perioperatorios y las tasas de transfusión en asociación con el posicionamiento del paciente en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de cadera por fracturas del cuello femoral.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre la comparación entre posiciones durante la transfusión de sangre en la cirugía.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8164291/pdf/12891_2021_Article_4375.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8164291/pdf/12891_2021_Article_4375.pdf</a>

## FICHA RAE 5:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	POSICIONAMIENTO CIRÚRGICO: PREVALÊNCIA DE RISCO DE LESÕES EM PACIENTES CIRÚRGICOS
AUTORES	Damasceno D. Camargo T. Anobes M. Fagundes B. Aquino R.
AÑO	2018
OBJETIVO	Determinar la prevalencia de pacientes en riesgo de desarrollo de lesiones derivadas del posicionamiento quirúrgico.
METODOLOGIA	Estudio transversal, realizado en um hospital privado em el Sur de Brasil. Muestra aleatoria con 387 pacientes adultos sometidos a cirugías electivas entre enero y septiembre, Se aplicó la Escala de Evaluación de Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Transcurrentes del Posicionamiento Quirúrgico (ELPO) después de la inducción anestésica y análisis descriptivo.
RESULTADOS	La prevalencia de pacientes con alto riesgo de desarrollo de lesiones fue del 19,05% (n=72). El posicionamiento identificado como de mayor riesgo fue la litotomía (59,72%, n=43). El score promedio de la ELPO en la muestra estudiada fue 16,317 (desviación estándar=3,6176) y la mediana fue de 16, lo que significa bajo riesgo de desarrollo de lesiones
CONCLUSIONES	La ELPO permitió determinar la prevalencia de riesgo para lesiones en pacientes sometidos a procedimientos electivos, identificando que el riesgo está más relacionado con la posición quirúrgica que con el porte de la cirugía
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre los pacientes con riesgo a lesiones por posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/398">https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/398</a>

FICHA RAE 6:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	APLICAÇÃO DA ESCALA EM AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE
AUTORES	Días M. Farías D. Cunha L. Fernández M. Pinto R.
AÑO	2021
OBJETIVO	Identificar el riesgo, mediante la aplicación de la Escala de Evaluación de Riesgos para el Desarrollo de Lesiones Derivadas del Posicionamiento Quirúrgico (ELPO)
METODOLOGIA	Estudio observacional, descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital universitario del norte del estado de Ceará. Se utilizaron dos instrumentos, uno con perfil clínico-epidemiológico basado en entrevista estructurada y el ELPO, aplicado en el período perioperatorio a 31 pacientes quirúrgicos
RESULTADOS	La mayoría de los pacientes eran hombres biológicos, pardos, con edades entre 18 y 39 años. La mayor frecuencia de procedimientos fue el desbridamiento y reducción de fracturas, en consenso con las hospitalizaciones por accidentes de motocicleta. Cuando se evaluó el riesgo de lesiones por posicionamiento quirúrgico, todos los pacientes tuvieron un puntaje $ELPO \leq 19$ , es decir, un menor riesgo de desarrollar lesiones.
CONCLUSIONES	El estudio permitió conocer el perfil de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en la institución, así como la caracterización de los participantes en cuanto al riesgo de desarrollar lesiones derivadas de la posición quirúrgica, el cual fue clasificado como bajo
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre uso de escalas par medición de riesgos.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/641">https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/641</a>

FICHA RAE 7:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões perioperatórias decorrentes do posicionamento cirúrgico
AUTORES	Moira H. Oliveiraa A. Ferreira M. Leite E. Freitas G.
AÑO	2018
OBJETIVO	Evaluar el riesgo de desarrollo de lesiones perioperatorias derivadas del posicionamiento quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías electivas.
METODOLOGIA	Se trata de un estudio analítico y longitudinal realizado con 45 pacientes en un hospital público de mediana y alta complejidad en el estado de Piauí
RESULTADOS	Participantes com edad $\geq$ 46 años presentaron mayor riesgo, con 33,4% de hipertensos de entre el 35,6% de los que presentaron comorbilidades. La posición más prevalente com el 64,5% fue la supina, con apenas 2,2% casos de lesión pre quirúrgica. En relación al riesgo para lesiones por posicionamiento, 68,9% presentaron bajo riesgo.
CONCLUSIONES	31,1% de los participantes fueron sometidos a riesgo elevado para desarrollar lesiones por posicionamiento, relacionado com la edad y las comorbilidades.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre riesgos de lesiones en el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wW9TNrTjycQHTyJpb7njJCm/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wW9TNrTjycQHTyJpb7njJCm/?format=pdf&amp;lang=pt</a>



## FICHA RAE 8:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	MODIFICACIÓN DE PARÁMETROS ESPINOPÉLVICOS CON EL POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO Y ROL DE LA CADERA
AUTORES	Orosco D. Ortiz N. Aguirre C. Robles C.
AÑO	2019
OBJETIVO	Analizar la variación espino pélvica en diferentes posiciones quirúrgicas
METODOLOGIA	Estudio prospectivo, analítico, comparativo, de espinogramas, radiografías lumbosacras en posición quirúrgica sobre cuadrado lumbar de 4 postes y lumbosacra con cuadrado lumbar y soporte para las rodillas
RESULTADOS	La PI fue el parámetro más estable. Con el cuadrado lumbar, se observó pequeño aumento en la PT, una disminución en la SS y una reducción significativa en la LL. Con cuadrado lumbar y soporte para las rodillas hubo disminución en la PT y ligero aumento en la SS, mientras que el valor de la LL se mantuvo similar al valor del espinograma
CONCLUSIONES	La posición intraoperatoria con flexión de cadera entre 40° y 45° sobre el cuadrado lumbar, redujo la LL para 10, 52° en hombres y 16, 21° en mujeres, aumentó la PT y disminuyó la SS. La posición intraoperatoria con flexión de cadera entre 0° y 10° presentó los mismos valores del espinograma de referencia.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre el tipo de posicionamiento
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.scielo.br/j/coluna/a/jhr5fh6dCWGc9TcZMdq3zcD/?format=pdf&amp;lang=en">https://www.scielo.br/j/coluna/a/jhr5fh6dCWGc9TcZMdq3zcD/?format=pdf&amp;lang=en</a>

## FICHA RAE 9:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados
AUTORES	Duarte F. Guimarães M. Marques M. GalvãC. Barichello E. Barbosa M.
AÑO	2020
OBJETIVO	Analizar la incidencia de úlcera por presión resultante del posicionamiento quirúrgico y los factores asociados.
METODOLOGIA	Estudio observacional, longitudinal, realizado con 239 pacientes sometidos a cirugía electiva.
RESULTADOS	La mayoría de los pacientes era de sexo masculino, blanco y adulto. La incidencia de úlcera por presión resultante del posicionamiento quirúrgico fue del 37,7 %, en el que 81 (90,0 %) pacientes presentaron úlcera por presión de estado 1 y los lugares más frecuentes de incidencia de este tipo de lesión fueron la región sacra (19; 13,9 %) y calcáneo derecho (16; 11,7 %) e izquierdo (13; 9,5 %). La edad (adulto) y el riesgo mayor, según la puntuación de la Escala de Evaluación de Riesgo para la Aparición de Úlceras Resultantes del Posicionamiento Quirúrgico, fueron predictores de los casos de úlcera por presión.
CONCLUSIONES	La elevada incidencia y los factores asociados (edad y riesgo mayor en la escala aplicada) de úlceras por presión resultantes del posicionamiento quirúrgico fueron resultados evidenciados que pueden ayudar a comprender la problemática en el escenario nacional y a implementar intervenciones con el objetivo de reducir el riesgo de que el paciente presente este tipo de úlcera en el perioperatorio.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre las lesiones por presión como consecuencia del posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.scielo.br/j/ape/a/VPg7mpWnvhgkDVXWGWjR6hn/?format=pdf&amp;lang=pt">https://www.scielo.br/j/ape/a/VPg7mpWnvhgkDVXWGWjR6hn/?format=pdf&amp;lang=pt</a>

## FICHA RAE 10:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	The effect of patient positions on perfusion index
AUTORES	Tapar H. Karaman S. Dogru S. Karaman T. Sahin A. Altiparmak F.
AÑO	2018
OBJETIVO	la relación entre las posiciones del paciente quirúrgico y el índice de perfusión.
METODOLOGIA	Se incluyó en este estudio una muestra de 61 individuos sanos sin trastornos circulatorios periféricos, enfermedades crónicas o anemia.
RESULTADOS	Los valores del índice de perfusión de los participantes se vieron afectados por las diferentes posiciones del cuerpo ( $p < 0,05$ ). El índice de perfusión fue más bajo en la posición sentada ( $4,5 \pm 2,5$ ) y más alto en los individuos con posición de Trendelenburg ( $7,8 \pm 3,8$ ).
CONCLUSIONES	Diferentes posiciones del cuerpo pueden causar cambios en la perfusión tisular. Esto debe ser considerado en el seguimiento del paciente junto con el índice de perfusión.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre las consecuencias del posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097320/pdf/12871_2018_Article_571.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097320/pdf/12871_2018_Article_571.pdf</a>

## FICHA RAE 11:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Application of a modified surgical position in anterior approach for total cervical artificial disc replacement
AUTORES	Hou W. Xuan H. Ling H.
AÑO	2020
OBJETIVO	Investigar los resultados clínicos del uso de una posición quirúrgica modificada versus la posición quirúrgica tradicional en el abordaje anterior para TDR.
METODOLOGIA	En el grupo de posición modificada, los pacientes tenían una almohada suave debajo del cuello y la mandíbula y ambos hombros se fijaron con una cinta ancha. Los datos analizados incluyeron la pérdida de sangre intraoperatoria, el tiempo de configuración de la posición, el tiempo total de la operación y la presión arterial y la frecuencia cardíaca perioperatorias.
RESULTADOS	La presión arterial y la frecuencia cardíaca no fueron significativamente diferentes antes y después de la posición del cuerpo en ambos grupos ( $P > 0,05$ ). En comparación con el grupo de posición tradicional, el grupo de posición modificada mostró un tiempo de ajuste de posición estadísticamente significativamente más largo ( $P < 0,05$ ). Sin embargo, el tiempo total de operación y la pérdida de sangre intraoperatoria se redujeron significativamente en el grupo de posición modificada en comparación con el grupo de posición tradicional ( $P < 0,05$ )
CONCLUSIONES	Los resultados clínicos indicaron que el tiempo total de la operación y la pérdida de sangre intraoperatoria fueron relativamente menores en el grupo de posición modificada que en el grupo de posición tradicional, lo que redujo los riesgos de la cirugía y aumentó el tiempo de ajuste de la posición.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre la diferencia entre las posiciones
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6962081/pdf/WJCC-8-38.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6962081/pdf/WJCC-8-38.pdf</a>

FICHA RAE 12:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Influencia de las superficies de apoyo en la distribución de presión de la interfaz corporal durante el posicionamiento quirúrgico
AUTORES	Faria K. Silva P. Barichello E. Galvão C. Araújo M.
AÑO	2018
OBJETIVO	evaluar la presión de interfaz (PI) de las superficies de apoyo (SAs) en prominencias óseas.
METODOLOGIA	un estudio casi experimental con medidas repetidas en diferentes SAs. Veinte voluntarios adultos saludables participaron del estudio
RESULTADOS	la PI media fue mayor en la SA hecha de polímero viscoelástico en comparación con las otras SAs ( $p < 0,001$ ). La PI media fue relativamente menor en la espuma sellada de densidad 33 y en la espuma blanda de densidad 18. Además, esa variable fue comparativamente mayor en la región sacra (42,90 mmHg) y en la región calcánea (15,35 mmHg).
CONCLUSIONES	la PI fue menor en SAs a base de espuma, especialmente espuma blanda de densidad 18 y espuma sellada de densidad 33. Sin embargo, la PI no fue reducida en la SA a base de polímero viscoelástico comparado con la SA control.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aporto con información sobre las evaluaciones del posicionamiento y las áreas óseas.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.scielo.br/j/rlae/a/J53j69pMHYw7JvK4Mk5q7NJ/?format=pdf&amp;lang=es">https://www.scielo.br/j/rlae/a/J53j69pMHYw7JvK4Mk5q7NJ/?format=pdf&amp;lang=es</a>

FICHA RAE 13:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Differences in palpebral fissure height depending on patient's intraoperative head position
AUTORES	Nishioka H. Kondoh S. Yuzuriha S.
AÑO	2020
OBJETIVO	Determinar la ubicación donde la aponeurosis del elevador se fija al tarso comprobando la apertura y el cierre de los párpados durante la cirugía
METODOLOGIA	Sesenta sujetos (48 mujeres y 12 hombres de 20 a 76 años) se inscribieron en el estudio. La altura de la fisura palpebral del ojo dominante se midió en la posición cabeza neutra y 30° cabeza abajo.
RESULTADOS	La altura total de la fisura en la posición con la cabeza hacia abajo de 30° fue menor que en la posición con la cabeza neutra.
CONCLUSIONES	La posición con la cabeza hacia abajo afecta la altura de la fisura del paciente y puede confundir al operador. La operación de blefaroptosis bajo anestesia local debe realizarse con el paciente en posición neutra de la cabeza.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre las consecuencias del posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061644/pdf/main.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061644/pdf/main.pdf</a>

FICHA RAE 14:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Escala de evaluación de riesgo en el posicionamiento quirúrgico: relato de experiencia
AUTORES	Bonfim H. Andrade M. Madalena M. Alves S, Spindola R. Sousa L.
AÑO	2017
OBJETIVO	Presentar la experiencia en la implementación de la colocación quirúrgica de escala en un centro quirúrgico en un hospital privado, el protocolo de prevención de daños por presión debido al equipo quirúrgico
METODOLOGIA	Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, del tipo relato de experiencia experimentada por las enfermeras ayuda a la sala de operaciones de un hospital privado de referencia en procedimientos de alta complejidad
RESULTADOS	se observaron las cirugías: 05 artrodesis de columna 02 CABG, 04 de bypass gástrico, fracturas femorales 03, 03 craneotomía, hepatectomía 01, 01 colectomía artroplastia de rodilla 01, 01 y 01 rectosigmoidectomía fractura de húmero. La puntuación media obtenida entre los procedimientos observados fueron de 20 a 26 puntos.
CONCLUSIONES	En la actualidad, la identificación individual de los riesgos se considera el estándar de oro, y la escala de evaluación de riesgos como consecuencia de ayudas de posicionamiento quirúrgicos en tomar medidas inmediatas para mejorar la atención de enfermería perioperatoria
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre escala de verificación de posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6843/pdf">https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6843/pdf</a>

FICHA RAE 15:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Riesgo de lesión en posicionamiento quirúrgico: validación de escala en un hospital de rehabilitación
AUTORES	López F. Soares S.
AÑO	2020
OBJETIVO	validar la Escala de Evaluación de Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Debidas al Posicionamiento Quirúrgico en la estratificación del riesgo de desarrollo de lesiones en pacientes perioperatorios de un hospital de rehabilitación.
METODOLOGIA	Investigación analítica, longitudinal y cuantitativa. Se utilizó la escala y un instrumento en las tres etapas perioperatorias en 106 pacientes.
RESULTADOS	la mayor parte de los pacientes presentó alto riesgo de desarrollo de lesiones perioperatorias, tanto en el puntaje de la escala con tiempo estimado como en el puntaje de tiempo real, con promedio 19,97 (+3,02) y 19,96 (+3,12), respectivamente. La mayor parte de los participantes no presentaron lesiones de piel (87,8%) ni dolor (92,5%)
CONCLUSIONES	la validación de la escala se evidencia por la asociación de los puntajes con el surgimiento de lesiones, por tanto, es una herramienta válida y útil, y podrá guiar la práctica clínica del enfermero perioperatorio del hospital de rehabilitación en lo atinente a la reducción de riesgos de lesiones provenientes de la posición quirúrgica.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Apoyó con información sobre instrumentos de evaluación para valorar riesgos por posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.scielo.br/j/rlae/a/CT7tqpRnkRrjDTbRWkVN8Gj/?format=pdf&amp;lang=es">https://www.scielo.br/j/rlae/a/CT7tqpRnkRrjDTbRWkVN8Gj/?format=pdf&amp;lang=es</a>



FICHA RAE 16:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	The effect of patient positioning on the relative position of the aorta to the thoracic spine
AUTORES	Plataniotis N. Evangelopoulos D. Katzouraki1 G.
AÑO	2018
OBJETIVO	Describir el desplazamiento relativo de la aorta a la columna vertebral en posición supina, prona y prona con relleno
METODOLOGIA	Un total de 200 pacientes se sometieron a una tomografía computarizada de la columna torácica en posición supina, prona y prona estándar. con acolchado Se seleccionaron imágenes axiales de TC de T4 a T12, en las tres posiciones diferentes, y se seleccionaron los siguientes parámetros se midieron: (a) la distancia B que conecta el punto de entrada del pedículo izquierdo al borde de la pared aórtica y (b) las proyecciones Bx y By, que representa la profundidad AP mínima y el desplazamiento horizontal de la pared aórtica en relación con el punto de entrada O del pedículo izquierdo.
RESULTADOS	Hubo una diferencia significativa en la distancia B entre las tres posiciones diferentes en todos los niveles de las vértebras torácicas, lo que confirma que el posicionamiento afecta significativamente la posición relativa de la aorta. Además, en posición prona con relleno a nivel de T6, la pared aórtica se encuentra a una distancia mínima del eje pedicular izquierdo y por lo tanto de la típica trayectoria del tornillo.
CONCLUSIONES	Los resultados de este estudio muestran que la posición prona para el abordaje toracolumbar posterior afecta significativamente la relación anatómica de la aorta con la columna vertebral. Los cirujanos deben ser conscientes de que la evaluación por TC en decúbito supino estándar representa una técnica estática, que puede diferir considerablemente de la realidad quirúrgica.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre las condiciones del cuerpo humano durante el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5812-9">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5812-9</a>

FICHA RAE 17:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Effects of Surgical Positioning on L4-L5 Accessibility and Lumbar Lordosis in Lateral Transposas Lumbar Interbody Fusion: A Comparison of Prone and Lateral Decubitus in Asymptomatic Adults
AUTORES	Tyler G. Pollina J. Samuel A. Kelli M.
AÑO	2021
OBJETIVO	traspasos prono (PTP) LIF puede mejorar la alineación sagital y facilitar procedimientos circunferenciales de posición única; pero puede requieren manipulación de la cresta ilíaca para L4-L5 accesibilidad
METODOLOGIA	Voluntarios adultos sanos (n [41] fueron posicionado como para cirugía en decúbito lateral derecho sobre una mesa de ruptura radiotransparente, y también boca abajo en un marco quirúrgico Jacksonstyle encima de un refuerzo PTP personalizado.
RESULTADOS	La accesibilidad L4-L5 fue más baja en proneneutral y mejoró en todos los posicionales aumentados. configuraciones: PR-NN<>PR-EN<LD<PR-ECB<PR-NCB. Laflexión coronal con el posicionador PTP creó una mayor accesibilidad que la que se consigue con el decúbito lateral rotura (PR-NCB>LD, P [ 0,0480).
CONCLUSIONES	En comparación con decúbito lateral, prono el posicionamiento proporciona un acceso L4-L5 LIF equivalente o mejor alrededor de la cresta ilíaca cuando se utiliza un posicionador que permite la flexión coronal y mejora la lordosis posicional, lo que puede facilitar la corrección segmentaria y el logro de los objetivos de alineación quirúrgica.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre la posición lateral.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.wneu.2021.01.113">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.wneu.2021.01.113</a>

FICHA RAE 18:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	The role of patient positioning on the outcome of acetabular fractures fixation through the Kocher–Langenbeck approach
AUTORES	Salameh M. Hammad M. Babikir M. Abdulaziz F.
AÑO	2020
OBJETIVO	La reducción abierta y la fijación interna mediante el abordaje de Kocher-Langenbeck es el tratamiento de elección para patrones de fractura acetabular seleccionados. La posición del paciente (lateral frente a prono) puede afectar el resultado y el postoperatorio complicaciones.
METODOLOGIA	Una cohorte retrospectiva de setenta y tres pacientes adultos con fracturas acetabulares tratados con reducción abierta y fijación interna a través del abordaje de Kocher-Langenbeck en posición prona o lateral. El resultado primario fue el calidad de la reducción de fracturas radiográficas; los resultados secundarios incluyeron el tiempo operatorio, la sangre estimada intraoperatoria pérdida y complicaciones preoperatorias
RESULTADOS	La demografía y el tipo de fractura fueron similares entre los dos grupos. No hubo diferencia en la calidad de reducción utilizando la escala radiográfica de Matta. El grupo posicionado lateralmente demostró un tiempo quirúrgico significativamente más corto y menor incidencia de lesión iatrogénica del nervio ciático. No hubo diferencia en la pérdida de sangre estimada, osificación heterotópica o infección.
CONCLUSIONES	Este estudio no mostró diferencias en la calidad de la reducción de la fractura, la pérdida de sangre intraoperatoria, el postoperatorio infección y osificación heterotópica entre ambos grupos. Por lo tanto, la condición de los pacientes, la experiencia del cirujano y la preferencia son factores importantes para decidir el posicionamiento del paciente en el abordaje de Kocher-Langenbeck para la fijación de fracturas de acetábulo.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre la posición lateral durante la cirugía.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00590-020-02793-1">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00590-020-02793-1</a>

FICHA RAE 19:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Impact of Tilt-Down Positioning Compared With Left Lateral Positioning on Ease of Colonoscope Insertion During Colonoscopy
AUTORES	Early D. Weinstock L. Kushnir K. Gyawali P. Sullivan S. Vyhmeister R.
AÑO	2020
OBJETIVO	Evaluar la eficacia de la inclinación hacia abajo (TD) versus posicionamiento lateral izquierdo (LL) en la velocidad y facilidad de inserción del colonoscopio en mujeres con factores de riesgo para colonoscopia difícil.
METODOLOGIA	Pacientes de sexo femenino con índice de masa corporal (IMC) inferior a 25, diverticulosis y antecedentes de cirugía pélvica se asignaron al azar a TD o posicionamiento LL.
RESULTADOS	Se inscribieron un total de 150 mujeres (81 TD, 69 LL). El significado la edad era de 60,1 (DE 10,5) y el IMC medio de 23,9 (DE 3,5). En total 98 (65,3%) mujeres tenían cirugía pélvica previa, 94 (62,7%) tenían IMC <25 y 60 (40,0%) tenían diverticulosis. No hubo una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo hasta el ángulo esplénico en general, pero la inserción en el ángulo esplénico la flexión fue significativamente más rápida en la posición TD en comparación con la Posición LL en pacientes con diverticulosis (124 s para TD, 160 s para LL, p=0,022)
CONCLUSIONES	El posicionamiento TD representa una maniobra sencilla para facilitar el avance a través del colon sigmoide y puede ser beneficioso en mujeres con enfermedad diverticular.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre el posicionamiento prono.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/mcg.0000000000001318">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/mcg.0000000000001318</a>

FICHA RAE 20:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	The Correlation of Meralgia Paresthetica and Spinal Surgery in Prone Position
AUTORES	Ercani S. Aataizi k. Ertivalav K.
AÑO	2019
OBJETIVO	Investigar la incidencia, los factores de riesgo y la recuperación de pacientes con meralgia parestésica (MP) después de una cirugía de columna posterior.
METODOLOGIA	En este estudio se incluyeron pacientes que se sometieron a cirugías de la columna posterior en decúbito prono en las clínicas de los autores. Se excluyeron los pacientes con MP preoperatoria.
RESULTADOS	Entre los 560 pacientes que se sometieron a cirugía de columna en decúbito prono, 117 (21 %) tenían sensibilidad alterada a lo largo de la cara anterolateral del muslo. Ciento tres de ellos fueron tratados con tratamiento conservador, mientras que 14 fueron intervenidos quirúrgicamente por MP.
CONCLUSIONES	El tratamiento conservador es la primera opción para MP. Los pacientes que no se recuperan con el tratamiento conservador pueden someterse a tratamiento quirúrgico.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre los riesgos respecto del posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_2273.pdf">http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_2273.pdf</a>

FICHA RAE 21:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	The effect of prone positioning on surgical pleth index in patients undergoing spine surgery under general anesthesia – A prospective observational study
AUTORES	Dhritiman S.
AÑO	2022
OBJETIVO	El objetivo del estudio fue observar el efecto del posicionamiento prono sobre el SPI y su correlación con variables hemodinámicas, en pacientes sometidos a cirugía de columna lumbar y torácica.
METODOLOGIA	Este estudio piloto observacional prospectivo
RESULTADOS	Comparando el último valor de las variables en decúbito supino con los inmediatamente posteriores a la puesta en decúbito prono, SPI aumentó en 16,36 unidades ( $P = 0,003$ ), seguido de una reducción gradual durante los siguientes 20 minutos. Presión arterial media y corazón la tasa aumentó transitoriamente (valor $P = 0,028$ y $0,025$ , respectivamente) sin ningún cambio significativo en el VPP. Incisión quirúrgica también condujo a un aumento significativo en el SPI.
CONCLUSIONES	La posición en decúbito prono conduce a un aumento significativo del SPI, probablemente debido al aumento del tono simpático.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO	Aportó con información sobre la posición prono.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://journals.lww.com/joacp/Abstract/9000/The_effect_of_prone_positioning_on_surgical_pleth.99941.aspx">https://journals.lww.com/joacp/Abstract/9000/The_effect_of_prone_positioning_on_surgical_pleth.99941.aspx</a>

FICHA RAE 22:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Biomechanical Effects of Pedicle Screw Positioning on the Surgical Segment in Models After Oblique Lumbar Interbody Fusion: An in-silico Study
AUTORES	Chenyi C. Zhongxin P. Wei Z. Li J. Liu Y.
AÑO	2022
OBJETIVO	El deterioro biomecánico desencadena inicialmente complicaciones en el segmento quirúrgico.
METODOLOGIA	Fusión intersomática lumbar oblicua (OLIF) con diferentes posiciones de inserción BPS
RESULTADOS	No existe una tendencia de variación clara para el riesgo de falla del BPS y el cambio de la densidad de energía de tensión del hueso injertado. Sin embargo, cambiar la posición del tornillo de inserción cerca del segmento quirúrgico aumentará el rango de movimiento (ROM) en el segmento quirúrgico y conducirá a la concentración de estrés en las estructuras óseas, especialmente en el lado caudal del segmento quirúrgico.
CONCLUSIONES	Ajustar la posición de inserción de BPS cerca del segmento quirúrgico en los modelos OLIF conducirá a la concentración de estrés de las estructuras óseas y la inestabilidad del segmento quirúrgico. Por lo tanto, no se recomendó reducir la longitud de fijación de BPS, lo que puede aumentar el riesgo de inestabilidad segmentaria, pseudoartrosis y hundimiento de la caja.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre el riesgo en el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818966/pdf/ijgm-15-1047.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818966/pdf/ijgm-15-1047.pdf</a>

FICHA RAE 23:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	A Cost-Effective, In-House, Positioning and Cutting Guide System for Orthognathic Surgery
AUTORES	Allister P. Watson M. Burke E.
AÑO	2018
OBJETIVO	Este breve artículo describe el uso de software gratuito (algunos con código abierto) combinado con 3D interno instalaciones de impresión para producir osteotomías fiables y asequibles guías de corte.
METODOLOGIA	El TC el conjunto de datos se exporta en Digital Imaging and Communications en formato de Medicina (DICOM)
RESULTADOS	Una impresora 3D capaz de reproducir una imagen completa El cráneo se puede adquirir por £ 1000, con costos de material en la región de £ 10 por caso. Nuestra producción de modelos y las guías suelen tardar menos de 24 horas de tiempo total de impresión. Todo el proceso de producción es frecuentemente menos de tres días. Los modelos y guías de origen externo cuestan significativamente más,y con frecuencia enfrentan costos que suman £1500–£2000 para modelos y guías para un bimaxilar osteotomía
CONCLUSIONES	Planificación quirúrgica guiada tridimensional el uso de guías de corte personalizadas permite al cirujano determinar la orientación óptima de los cortes de osteotomía y mejorar predecir la relación esquelética maxilar/mandíbula después de la cirugía. La curva de aprendizaje para desarrollar competencia el uso del software de planificación y la configuración de la impresora se compensa con mayor previsibilidad quirúrgica y reducción del tiempo de quirófano, haciendo de esta forma de planificación una inversión digna.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aporto con información sobre el uso de instrumentos para medir el riesgo en el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s12663-017-1067-y">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s12663-017-1067-y</a>



FICHA RAE 24:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Surgical management of cauda syndrome in third trimester of pregnancy focusing on spinal anesthesia and right lateral positioning during surgery as possible practices
AUTORES	Zsolt V. Horvath L.
AÑO	2018
OBJETIVO	Este artículo presenta una solución quirúrgica de una hernia de disco lumbar de una mujer embarazada centrándose en el uso de posicionamiento lateral, anestesia espinal que no se ha utilizado previamente en el tercer trimestre y analiza el posicionamiento opciones y posibles métodos de anestesia con las opciones del procedimiento quirúrgico.
METODOLOGIA	Reporte de caso.
RESULTADOS	Una hernia de disco lumbar L5/S1 del lado izquierdo (verificada por resonancia magnética) de una mujer de 35 años con un embarazo de 32 semanas mujer con un estado neurológico deteriorado que conduce al síndrome de cauda fue tratada con éxito mediante microdiscectomía en posición lateral derecha aplicando anestesia espinal.
CONCLUSIONES	Hasta ahora se dan ejemplos para casi todas las posiciones posibles del paciente en el tercer trimestre, excepto el lateral derecho. una. Todos los posicionamientos presentados anteriormente (prono, lateral izquierdo) fueron igualmente efectivos en cuanto al resultado sin ser mejor que otro. Para patologías lumbares del lado izquierdo realizadas en el tercer trimestre, la posición lateral derecha podría ser una opción alternativa para facilitar el acceso. Con base en la literatura, se puede aplicar con éxito una anestesia epidural y general en el tercer trimestre. La anestesia espinal podría ser otra consideración de anestesia.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre el posicionamiento lateral.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5519-y">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s00586-018-5519-y</a>

FICHA RAE 25:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Sudden hemodynamic collapse after prone positioning on a Jackson spinal table for spinal surgery
AUTORES	Hong J. Kwon Y. Eun Y. Han Y.
AÑO	2018
OBJETIVO	La posición prona se usa para una variedad de procedimientos y cirugías, y la hipotensión es una complicación frecuente.
METODOLOGIA	Caso de estudio
RESULTADOS	La hipotensión es una complicación común que se observa durante la anestesia y la cirugía. Los factores de riesgo comunes de la hipotensión intraoperatoria son la anestesia profunda, la hipovolemia, la hemorragia, la insuficiencia cardíaca y la embolia pulmonar.
CONCLUSIONES	La mesa espinal de Jackson permitía que el abdomen colgara libremente, proporcionando descompresión abdominal y resultando en un abdomen gravemente hundido. Sospechamos que el abdomen hundido había empujado el contenido abdominal hacia abajo, torciendo la vena cava inferior o causando un charco venoso en el abdomen, lo que resultó en la obstrucción del retorno venoso al corazón.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre los riesgos en el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000273/pdf/kja-d-18-00339.pdf">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000273/pdf/kja-d-18-00339.pdf</a>

FICHA RAE 26:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Evaluation of Positioning Devices for Optimization of Outcomes in Laparoscopic and Robotic-Assisted Gynecologic Surgery
AUTORES	Deepanjana D. Propst K. Wechter E. Rosanne M.
AÑO	2018
OBJETIVO	Si bien se acuerda el posicionamiento ideal del paciente, los mejores dispositivos y técnicas para prevenir deslizamiento cefálico mientras optimiza la visualización quirúrgica y previene la neuropatía aún no se ha definido. Nuestro objetivo es revisar sistemáticamente la literatura actual sobre técnicas, dispositivos, y equipo para el posicionamiento del paciente y su efecto en los resultados del paciente en laparoscopia y cirugía ginecológica asistida por robot
METODOLOGIA	Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con los Elementos de informe preferidos para Directrices de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA)
RESULTADOS	En los Estados Unidos solo para histerectomías benignas, ha habido un tremendo aumento en la proporción de procedimientos laparoscópicos (de 26% a 43%) en comparación con abdominales (38,6% a 28,3%) y cirugías vaginales (15,1% a 11,5%) [19]. Colocar al paciente en Trendelenburg Se requiere una posición en cirugía laparoscópica y asistida por robot para lograr una óptima visualización de las estructuras pélvicas.
CONCLUSIONES	El posicionamiento adecuado del paciente es crucial para realizar una laparoscopia segura y eficiente. Nuestra revisión revela que el deslizamiento del paciente es mínimo con el uso de cualquiera de los dispositivos antideslizantes estudiados, utilizados solo o en conjunto con varias técnicas para asegurar al paciente.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre las alternativas a los riesgos de posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.jmig.2018.08.027">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.jmig.2018.08.027</a>

FICHA RAE 27:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Intraoperative Neuromonitoring During Thyroid Surgery: The Effect of Surgical Positioning
AUTORES	Crowther J. Bamford J. Kandil E.
AÑO	2018
OBJETIVO	La interpretación adecuada de los datos de neuro monitorización requiere el conocimiento de qué factores pueden afectar los datos. En este estudio, examinamos el efecto del posicionamiento quirúrgico sobre la latencia y la amplitud de las grabaciones neuronales realizadas desde el músculo vocalis durante la cirugía de tiroides.
METODOLOGIA	Una revisión retrospectiva
RESULTADOS	A total of 149 patients underwent thyroid surgeries during this time period, with 4 subjects being excluded because they were under 18 years. A total of 145 patients (83 cervical, 62 transaxillary) were included in the study with the ages ranging from 20 to 78 years. As shown in Table 1, the patients in the transaxillary group were on average 8.3 years younger than the cervical group ( $P < .001$ ) and had a lower average body mass index ( $P < .001$ ).
CONCLUSIONES	La IONM es una tecnología cada vez más utilizada en cirugía tiroidea y peri laríngea, debido al riesgo de daño a los nervios y las graves complicaciones que puede ocasionar. El euro monitorización no solo puede alertar a un cirujano sobre una lesión nerviosa, sino que también puede usarse para informarle sobre posibles variantes nerviosas.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre los riesgos en el posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1553350618799786">https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1553350618799786</a>

FICHA RAE 28:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Techniques for Patient Positioning During Burn Surgery
AUTORES	Vrouwe S. Pham C. Gillenwater J. Haig A.
AÑO	2020
OBJETIVO	El objetivo de esta revisión fue delinear estos posicionamientos técnicos e informar sobre sus complicaciones
METODOLOGIA	Una revisión sistemática de la literatura
RESULTADOS	<p>La búsqueda identificó 1855 citas no duplicadas, de las cuales 29 se sometieron a revisión de texto completo, y 10 cumplieron con los criterios de inclusión. Tres estudios describieron técnicas de suspensión, incluido un sistema de gancho y polea, cadenas de techo, portasueros ponderados y travesaños montados; no se reportaron complicaciones.</p> <p>Seis estudios describieron técnicas de fijación de extremidades, incluidos clavos de Steinmann, trampas, muñequeras/tobilleras, pinzas para toallas a través de escaras o falanges distales y fijadores externos.</p>
CONCLUSIONES	Se han descrito numerosas técnicas para mejorar el posicionamiento del paciente durante la cirugía de quemaduras. No se identificaron complicaciones importantes en esta revisión sistemática. La mayoría de las técnicas usan equipo de quirófano estándar y pueden ayudar en operaciones seguras y más fáciles.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aporto con información sobre los riesgos del posicionamiento.
FUENTE (enlace web)	<a href="https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/SAP.0000000000002193">https://sci-hub.hkvisa.net/10.1097/SAP.0000000000002193</a>

## FICHA RAE 29:

FICHA DE RESUMEN ANALITICO ESPECIALIZADO	
TITULO	Positioning issues of spinal surgery during pregnancy
AUTORES	Bongetta D.Versace A. Pirro A. Luca M. Savasi V. Assietti R.
AÑO	2020
OBJETIVO	Ilustrar los límites e indicaciones de las diferentes estrategias de posicionamiento quirúrgico para mujeres embarazadas sometidas a cirugía de columna.
METODOLOGIA	Realizamos una revisión sistemática de la literatura
RESULTADOS	La estrategia quirúrgica puede variar según varios factores, como la ubicación y la naturaleza de la patología subyacente, la etapa del embarazo y la condición clínica de la madre y el feto. Durante el segundo trimestre, el habitus comienza a plantear problemas sobre las compresiones abdominales y aortocavas. El tercer trimestre implica desafíos neonatales y éticos: debe garantizarse tanto el seguimiento fetal como la posibilidad de proceder urgentemente al parto.
CONCLUSIONES	Un equipo multidisciplinario debe equilibrar la edad gestacional, la comodidad quirúrgica y la seguridad materno-fetal para diseñar un plan de posicionamiento adecuado para cada caso individual. El comienzo del tercer trimestre es el período más limitante debido al obstáculo del útero que favorece las posiciones laterales o de tres cuartos.
APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO	Aportó con información sobre los riesgos de posicionamiento en mujeres durante el parto
FUENTE (enlace web)	<a href="https://air.unimi.it/retrieve/dfa8b9a4-b2ee-748b-e053-3a05fe0a3a96/Bongetta%20D%202020%20World%20Neurosurg.pdf">https://air.unimi.it/retrieve/dfa8b9a4-b2ee-748b-e053-3a05fe0a3a96/Bongetta%20D%202020%20World%20Neurosurg.pdf</a>