



**UNIVERSIDAD PERUANA**  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL  
POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO EN  
INTRAOPERATORIO EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL  
HOSPITAL DE ESSALUD, LIMA 2016**

Trabajo Académico para optar el título de Especialista en Enfermería en  
Centro Quirúrgico Especializado

Autores:

Lic. Guerrero Gamarra, Juan Carlos

Lic. Quispe Castro Eliana Sharol

Lic. Vera Lajo Karen María Teresa

**LIMA – PERÚ**

**2016**

---

MG. INES SILVA MATHEWS

ASESORA

## RESUMEN

El profesional de enfermería juega un papel muy importante brindando cuidados necesarios para el posicionamiento del usuario en la mesa operatoria. Por tanto se requiere: Conocimiento anatómico y de las consecuencias fisiológicas de cada posición, manejo adecuado de los equipos biomédicos, estar familiarizado con el manejo del tablero.

La posición en la que se coloca al paciente para la operación está determinada por el procedimiento quirúrgico que va a realizarse, tomando en cuenta la vía de acceso elegida por el, también influyen factores como la edad, estatura, peso, estado cardiopulmonar y enfermedades anteriores. Además debe ser compatible con las funciones vitales como la respiración y circulación, debe protegerse de lesiones vasculares, nerviosas y tensiones musculares de todo el cuerpo.

El profesional de enfermería es el responsable del cuidado y de la seguridad del paciente en el quirófano, este debe colocar al paciente en la posición correcta previa, es una responsabilidad que comparten todos los miembros del equipo, por lo tanto debe conocer muy bien los siguientes aspectos: Posiciones corporales correctas, evitar lesiones corporales debido a posicionamiento quirúrgico inadecuado, mecánica de la mesa de operaciones, medidas protectoras, mantener siempre preparado el equipo adecuado para las diferentes posiciones, saber cómo utilizar el equipo, entre otras.

Por ello, resulta relevante la realización de este estudio para describir el nivel de conocimiento y práctica que tienen las enfermeras sobre el posicionamiento quirúrgico, ya que se evidencia varias falencias (adormecimiento de miembros superiores o inferiores, equimosis, tejido necrótico, lesiones en el plexo braquial y cervical, lesiones a nivel de nervios periféricos, etc.) en el quehacer profesional sobre el posicionamiento quirúrgico; con la finalidad tomar medidas de carácter preventivo

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

1.1	Planteamiento del Problema .....	3
1.2	Formulación del Problema.....	5
1.3	Objetivos.....	5
	1.3.1 Objetivo General	
	1.3.2 Objetivo Especifico	
1.4	Justificación .....	6
1.5	Propósito.....	7

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes.....	8
2.2	Base Teórica .....	10
2.3	Variables .....	19
2.4	Operacionalización de Variables .....	20

## CAPITULO III

### MATERIAL Y MÉTODOS

3.1	Diseño de Investigación.....	23
3.2	Área de Investigación .....	23
3.3	Población .....	23
	3.3.1 Criterios de Inclusión	
	3.3.2 Criterios de Exclusión	
3.4	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	24
3.5	Plan de recolección de Datos.....	25
3.6	Análisis de datos.....	25

## **CAPITULO IV**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS**

4.1	Consideraciones Éticas .....	26
4.2	Cronograma .....	27
4.3	Presupuesto .....	28

<b>ANEXOS .....</b>	<b>29</b>
---------------------	-----------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>41</b>
---	-----------

## INTRODUCCIÓN

La enfermera de quirófano proporciona cuidados al usuario que va a someterse a una intervención quirúrgica. Este tipo de asistencia suele realizarse en un medio particular, con equipo especial y requiere que la enfermera tenga un buen adiestramiento. Esta debe contar con conocimientos sobre técnicas asépticas, métodos de esterilización y desinfección, tipos de anestesia, posiciones quirúrgicas y ayuda al cirujano, anesthesiólogo, brinda cuidados con paciencia, comprensión y gran destreza. La atención de enfermería en el quirófano constituye una parte muy importante de los cuidados prestados al paciente quirúrgico coordinada con el resto de profesionales que forman el equipo quirúrgico. Siendo definida como la identificación de las necesidades sociológicas, psicológicas y fisiológicas del usuario, y la implementación de un programa individualizado de cuidados que coordine las intervenciones de enfermería, basado en un conocimiento de las ciencias naturales y del comportamiento, a fin de restaurar o mantener la salud y el bienestar del usuario antes, durante y después de la intervención <sup>(1)</sup>

El posicionamiento quirúrgico del paciente en la mesa de operaciones es una parte de la asistencia, tan importante como la preparación preoperatoria adecuada y la asistencia segura en la relación con la recuperación del usuario, requiere conocimientos de anatomía y aplicación de principios fisiológicos, al igual que estar familiarizado con el equipo necesario.

El profesional de enfermería juega un papel muy importante brindando cuidados necesarios para el posicionamiento del usuario en la mesa operatoria. Por tanto se requiere: Conocimiento anatómico y de las consecuencias fisiológicas de cada posición, manejo adecuado de los equipos biomédicos, estar familiarizado con el manejo del tablero

quirúrgico, disponer adecuadamente del recurso humano durante la cirugía, relacionar cada posición con el estado general del usuario (edad, estatura, peso y antecedentes personales).

Hay que resaltar algo muy importante: Una vez anestesiado desaparecen las sensaciones de dolor, molestia, rigidez, etc. y por tanto, se debe mantener los cuidados necesarios para evitar riesgo de lesiones.

Existe un artículo de revisión realizado por Amanda Braz Miranda, titulado Posicionamiento Quirúrgico: cuidados de Enfermería en el periodo Transoperatorio, en el cual se concluye que el posicionamiento puede causar complicaciones, y las úlceras por presión son las más frecuentes reportadas. Las intervenciones eficaces se relacionan con el alivio de las presiones en la mesa quirúrgica. El enfermero es responsable por los cuidados de enfermería y debe promover acciones en conjunto con el equipo que garantice la seguridad del usuario, teniendo en cuenta las particularidades y los recursos disponibles. <sup>(2)</sup>

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Enfermería es una profesión que se desenvuelve en todas las áreas asistenciales dentro de un hospital. La atención asistencial está dirigida a satisfacer las necesidades del usuario en post de recuperar su salud, los tratamientos van de médicos a quirúrgicos y estos últimos requieren de alta preparación del personal de enfermería que asiste las cirugías así mismo de las enfermeras que se encargan de recuperar al usuario de los efectos de la anestesia y de prevenir o dar la alerta de alguna complicación post quirúrgica en el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación.

La posición en la que se coloca al paciente para la operación está determinada por el procedimiento quirúrgico que va a realizarse, tomando en cuenta la vía de acceso elegida por el, también influyen factores como la edad, estatura, peso, estado cardiopulmonar y enfermedades anteriores. Además debe ser compatible con las funciones vitales como la respiración y circulación, debe protegerse de lesiones vasculares, nerviosas y tensiones musculares de todo el cuerpo.

Actualmente, en la práctica de enfermería quirúrgica se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en

las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

El profesional de enfermería es el responsable del cuidado y de la seguridad del paciente en el quirófano, este debe colocar al paciente en la posición correcta previa, es una responsabilidad que comparten todos los miembros del equipo, por lo tanto debe conocer muy bien los siguientes aspectos: Posiciones corporales correctas, evitar lesiones corporales debido a posicionamiento quirúrgico inadecuado, mecánica de la mesa de operaciones, medidas protectoras, mantener siempre preparado el equipo adecuado para las diferentes posiciones, saber cómo utilizar el equipo, entre otras.<sup>(3)</sup>

En los servicios de recuperación postanestésica y cirugía de EsSalud, se han identificado manifestaciones durante el postoperatorio referidas a dolor y molestias no relacionadas con la herida operatoria que nos hace intuir que durante el posicionamiento quirúrgico del paciente, ciertas zonas de presión corporal no han sido protegidas de manera adecuada, durante el acto operatorio, y ciertas molestias son atribuidas al posicionamiento quirúrgico del usuario en sala de operaciones.

Durante la atención de enfermería durante la etapa perioperatoria; esta es responsable de la planificación e implementación de intervenciones que minimicen o posibilitan la prevención de complicaciones, objetivando la seguridad, confort e individualidad del usuario.

En un sondeo de opiniones a los pacientes en el servicio de cirugía del hospital Minsa se les pregunto si sentían alguna dolencia después de su operación, muy

aparte de la zona de operación o herida operatoria; entre lo que manifestaron:

Paciente 1: “me duele mucho mis brazos, si solo me operaron de la columna”

Paciente 2: “siento adormecido mis piernas”

Paciente 3: “tengo huellas en mis muñecas”

Paciente 4: “cuando flexiono mi brazo siento mucho dolor y me arde”

Por lo que resulta relevante la realización de este estudio para describir el nivel de conocimiento y práctica que tienen las enfermeras sobre el posicionamiento quirúrgico, ya que se evidencia varias falencias (adormecimiento de miembros superiores o inferiores, equimosis, tejido necrótico, lesiones en el plexo braquial y cervical, lesiones a nivel de nervios periféricos, etc.) en el quehacer profesional sobre las posiciones quirúrgicas; con la finalidad que tome medidas de carácter preventivo. Después de lo mencionado se considera necesario dar respuesta a la siguiente interrogante:

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología en el intraoperatorio en centro quirúrgico del hospital Minsa, lima 2016?

## **1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar el conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología en el intraoperatorio del Hospital Minsa, Lima 2016.

### **1.3.2 Objetivo Especifico**

- Identificar el conocimiento del profesional de enfermería sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología según efectos fisiológicos, complicaciones y cuidados de enfermería en las intervenciones quirúrgicas de mayor frecuencia.

- Observar la práctica del profesional de enfermería a través del cuidado general y específico en el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

Es de vital importancia que el profesional de enfermería conozca el posicionamiento quirúrgico, con el objetivo de acomodar adecuadamente al usuario y sobre todo prevenir las posibles complicaciones que una inadecuada técnica conllevaría.

En un estudio realizado por María Elena Barbosa, en Brasil, se encontró que un 74,0% pacientes tuvieron lesiones en la piel de grado I, al final de la cirugía, en cuanto a la localización de las lesiones para el posicionamiento perioperatorio, 31,0% se identificaron en la región sacra y del calcáneo; concluyendo que el escaso uso de protectores, apoyos para la posición quirúrgica y el tiempo quirúrgico prolongado, son los principales factores de riesgo identificados para la aparición de lesiones en los usuarios.

Así mismo, en un sondeo realizado a los usuarios en el servicio de cirugía del hospital Minsa, éstos manifestaron sentir molestias después de realizada la intervención quirúrgica, muy aparte de la herida operatoria, manifestando dolor y adormecimiento en algunas zonas del cuerpo.

Sin embargo, tanto en nuestro país como en dicho hospital no existe antecedente investigativo relacionado con el posicionamiento quirúrgico que nos permitan determinar con exactitud cuáles son las verdaderas causas que influyen en la aparición de dichas molestias.

Por ello, resulta relevante la realización de este estudio para describir el nivel de conocimiento y práctica que tienen las enfermeras sobre el posicionamiento quirúrgico, ya que se evidencia varias falencias (adormecimiento de miembros

superiores o inferiores, equimosis, tejido necrótico, lesiones en el plexo braquial y cervical, lesiones a nivel de nervios periféricos, etc.) en el quehacer profesional sobre el posicionamiento quirúrgico; con la finalidad tomar medidas de carácter preventivo.

## **1.5 PROPÓSITO**

Los resultados obtenidos permitirán orientar el cuidado de enfermería en acciones preventivas, dirigido al paciente quirúrgico en relación al posicionamiento, además se podrán diseñar sesiones educativas, talleres educativos que contribuyan a mejorar el conocimiento y práctica de enfermería respecto al posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología, y así minimizar el riesgo de complicaciones derivadas del posicionamiento quirúrgico.

Finalmente el presente estudio ayudará a contribuir para una prestación de asistencia más calificada, donde los riesgos producto de los errores humanos sean reducidos. Además este estudio sentara las bases para estudios posteriores sobre la temática.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES:

- Braz A; Rosa A; Rizetto M; Cuvello C; Lopez, en un estudio titulado; **Posicionamiento quirúrgico: cuidados de la enfermería en el período transoperatorio**, en Brasil del año 2016; se concluye que el posicionamiento puede causar complicaciones y úlceras por presión son las más frecuentes reportadas. Las intervenciones eficaces se relacionan con el alivio de las presiones en la mesa quirúrgica. El enfermero es responsable por los cuidados de enfermería y debe promover que garanticen la seguridad del paciente. <sup>(4)</sup>
  
- Vilca V, en el estudio titulado; **Proceso de atención de enfermería en las etapas pre, trans y posquirúrgicas y la integridad de la piel del paciente sometido a largas horas de cirugía en el centro quirúrgico del Hospital Eugenio Espejo**, en Ecuador del año 2013; éste concluye que existe discrepancia entre la encuesta y la guía de observación realizada al personal de enfermería, en la primera el personal de enfermería conoce los riesgos que produce este tipo de cirugías de largas horas, mientras que en la segunda a pesar de los conocimientos que tienen los profesionales no las aplicaban considerablemente. <sup>(5)</sup>
  
- Barbosa M, Braz O, Ártemis M; Lemos de Sousa A, en el estudio titulado **Aparición de lesiones por la colocación quirúrgica**, realizado en Cuba en el año 2012, se observó que 37 (74,00%) pacientes tenían lesiones de la piel al

final de la intervención quirúrgica, y todos clasificados como de grado I, en cuanto a la localización de las lesiones para el posicionamiento perioperatorio, 11 (31,0%) se identificaron en la región sacra y del calcáneo, de los pacientes evaluados en este estudio, cuatro (8,00%) tenían lesiones en la piel antes de la cirugía y, de éstos, dos tenían otras lesiones después de la cirugía.<sup>(6)</sup>

- Rabello F; Eyra L; Oliveira I, en el estudio titulado; **El síndrome compartimental relacionado con posicionamiento quirúrgico: un enemigo silencioso**, realizado en Brasil del año 2012. Concluye que la colocación quirúrgica está asociado con el desarrollo del síndrome compartimental, a medida que puede provocar un deterioro del flujo sanguíneo en ciertas áreas, principalmente de los miembros inferiores.<sup>(7)</sup>
- Sánchez M, Polo R, Rodríguez M, Batuecas J, en el estudio titulado; **Cultura en Posiciones Quirúrgicas en el Personal de Enfermería de Quirófano de un Hospital**. Realizado en España del año 2012, se concluye que existe un alto índice de respuesta 84,1%, una formación pregrado que no ha sido suficiente en cuanto a posiciones quirúrgicas en un 39,7%, con dudas con respecto a la colocación y en el conocimiento de las posibles complicaciones alrededor de un 45%, resaltando la importancia a la implicación de la enfermería 97%, pero no en cuanto a su participación en la colocación del paciente, hecho que se correlaciona con el nivel de conocimientos. Falta de consenso una vez el paciente está colocado entre los profesionales.<sup>(8)</sup>
- Lopez C, Galvao C, en el estudio titulado; **Posicionamiento quirúrgico: evidencias para el cuidado de enfermería**. En Brasil del año 2011, queda evidenciado la importancia de la actuación del enfermero en el posicionamiento quirúrgico, en la prevención de complicaciones provenientes de ese procedimiento, en la evaluación de las necesidades de cada paciente y en la acción de disponer equipamientos y dispositivos adecuados.<sup>(9)</sup>

## **2.2 BASE TEÓRICA**

Según la Real Academia de la Lengua Española el conocimiento se define como: la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia, razón natural; cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas; Noción, ciencia, sabiduría. <sup>(10)</sup>

### **2.2.1 Conocimiento en Enfermería**

El desarrollo del conocimiento en enfermería es un tema difícil de tratar, considerando que nuestra profesión trabaja con personas, basa su atención en el ser humano y el cuidado otorgado a éste.

Jacqueline Fawcett refiere que el proceso generador de conocimiento es el pensamiento abstracto, el cual es clave en enfermería dada la complejidad de la naturaleza de los conceptos metaparadigmáticos. Al ser abstractos facilitan el nacimiento de nuevas teorías al respecto y además permite la investigación pudiéndose comprobar en la práctica. <sup>(11)</sup>

El conocimiento de todos estos factores es indispensable, nos ayudan a comprender, organizar y analizar los datos del paciente y a tomar decisiones de las intervenciones de enfermería. Favorece la planificación del cuidado, la predicción y la evaluación de los resultados de los cuidados. La ciencia de la enfermería, por si misma, presenta un elevado nivel de complejidad, ya que se consideran las diferentes respuestas del individuo, precisa de múltiples intervenciones adaptadas al individuo a través del abordaje holístico, y contempla todas las circunstancias y la interacción constante con el paciente. <sup>(12)</sup>

El manejar un cuerpo de conocimientos aplicándolo en el día a día permite distinguir un enfermero experto de aquel que es un mero ejecutor de órdenes, otorga seguridad en el actuar y fortalece la autoestima profesional.

Permite identificar: estándares para la práctica, los ambientes y características de los receptores del cuidado, los diversos procesos de enfermería y las tecnologías que deben utilizarse, dirigen las formas de prestación de servicios de enfermería, sirven de base para los sistemas de información que se requieren para la toma de decisiones y dan forma a los programas de aseguramiento de la calidad de los servicios de enfermería. <sup>(13)</sup>

### **2.2.2 Práctica de enfermería**

M. Rogers sugiere que muchas enfermeras expresan su preocupación por la teoría viéndola como "una teoría de torre de marfil sin mayor utilidad", pero nada más erróneo y para dar una respuesta a la idea de torre de marfil se puede utilizar esta analogía: los físicos teóricos, los ingenieros y los plomeros utilizan los mismos principios del mundo físico. La naturaleza y la profundidad de su conocimiento es lo que los diferencia, pero sobre todo la manera como lo utilizan. <sup>(14)</sup>

Entonces, se puede decir que las enfermeras(os) expresan sus conocimientos a través de la práctica y si no se piensa en términos reales del conocimiento podemos entrar en la penumbra de la repetición y el estancamiento. Entonces, si la práctica es la expresión de nuestro conocimiento, es lógico que trabajemos sobre los patrones de conocimiento de enfermería.

Esta relación se genera porque, sencillamente, la calidad de la práctica no se puede concebir sin comprender la interacción del cuidado y de las acciones o intervenciones de enfermería con el paciente. <sup>(15)</sup>

### **2.2.4 Posicionamiento Quirúrgico**

El objetivo fundamental que se plantea al seleccionar la posición del usuario es obtener una exposición óptima de la región que se opera; después, se busca que el anestesiólogo pueda atender con facilidad al enfermo y a su equipo. El cumplimiento de estos dos requisitos no debe interferir con la función respiratoria o de circulación, y no se debe colocar al enfermo en

posturas forzadas que lleguen a causar daño en las estructuras del esqueleto o de los tejidos blandos.

En cirugía existen numerosas posiciones quirúrgicas dependiendo de la situación, pero en todas ellas debemos buscar la máxima seguridad del usuario, no presentando lesiones relacionadas con la posición y el abordaje de la zona quirúrgica.

### **Colocación del paciente en la mesa quirúrgica**

La seguridad es el principal factor a tener en cuenta. La posición del paciente viene determinada por el procedimiento a realizar, teniendo en cuenta la elección de la vía de acceso por parte del cirujano y la técnica para administrar la anestesia. Factores como la edad, el peso, la altura, la situación cardiopulmonar y las enfermedades previas (por ejemplo, la artritis) también influyen en la posición y deben ser considerados en el plan de cuidados. Antes de la operación, se valoran las alteraciones articulares o vasculares.<sup>(15)</sup>

El objetivo es que el usuario no resulte lesionado como consecuencia de su posición durante el procedimiento quirúrgico, aunque también, se debe valorar su comodidad. Generalmente, el paciente cuando se traslada a la mesa de operaciones, suele encontrarse en posición supina, siendo anestesiado así, si no requiere la técnica anestésica otra posición y colocarlo luego para la intervención quirúrgica. No se posiciona, ni se mueve al paciente hasta que el anestesiólogo comunique que es seguro hacerlo.

#### *Criterios fundamentales:*

- a) Evitar las complicaciones potenciales respiratorias: garantizar que pueda mantener una adecuada función respiratoria, comprobando que el cuello, tórax y abdomen están libres de compresiones.

- b) Evitar las complicaciones potenciales cardiovasculares: Es preciso tener cuidado con los posibles trastornos circulatorios derivados de la disminución de la perfusión sanguínea por la anestesia en sí, con las complicaciones subsiguientes (embolias y trombosis). Los factores que los condicionan son: duración prolongada de la intervención, edad del paciente y peso del mismo sobre ciertas áreas comprometidas. Es importante por parte de los profesionales controlar el buen ritmo de las perfusiones intravenosas.
- c) Lesiones de riesgo: La presión sobre nervios periféricos o la posición forzada de las extremidades durante un largo periodo de tiempo, pueden provocar pérdidas sensitivas y motoras leves e incluso, lesiones graves.

Actividades de enfermería destinadas a prevenir las complicaciones del posicionamiento quirúrgico:

- Proteger y acolchar adecuadamente los accesorios de la mesa que estén en contacto directo con la piel del usuario.
- Cuidar de las zonas de mayor riesgo: ramas del plexo braquial, nervio cubital, radial (por mala posición de los brazos) y sobre todo, nervio ciático poplíteo externo (por el mal uso de las perneras). En intervenciones largas, colocar correctamente los pies para evitar equinos.
- Sujetar bien los miembros para evitar la posible lesión al caer laxamente.
- Minimizar la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos, utilizando protectores, alineación correcta y evitando las presiones mecánicas directas (no apoyarnos sobre el enfermo, ni colocar material pesado sobre él). Colocar las mesas de instrumental de forma que no ejerzan presión sobre el usuario.
- Sujetar e inmovilizar adecuadamente al usuario, de forma que no varíe la posición inicial adoptada, para evitar posibles complicaciones

posteriores. Así por ejemplo, al cubrir al paciente, verificar que las piernas estén correctamente colocadas, podría haberlas movido antes de dormirse

- La hiperextensión del cuello durante un largo periodo, puede ser la causa de rigideces, contracturas musculares, etc., que cursan de forma molesta en el postoperatorio. Por ello, colocaremos la cabeza del usuario de la forma más anatómica posible, al igual que el resto del cuerpo. En las intervenciones largas, variar el punto de apoyo de la misma, para evitar las posibles úlceras por decúbito en el cuero cabelludo.
- No colocar al usuario sobre una superficie húmeda (por ejemplo como consecuencia del lavado previo de la zona).
- Evitar las arrugas en las sábanas donde descansa directamente la piel del usuario.
- Por último, si el usuario ha sido sometido a anestesia general, se le movilizará al menos entre cuatro personas, poniendo especial cuidado de no realizar movimientos bruscos y en proteger las vías respiratorias, los catéteres y las sondas.

### **Complicaciones del mal posicionamiento**

Por éstas vamos a entender las "lesiones por decúbito" o "traumatismos del posicionamiento". Las vamos a clasificar en 2 grandes grupos:

#### **A. Complicaciones Neurológicas**

##### *Del sistema nervioso central:*

- Cefalea occipital (secundarias a vasculitis isquémicas)
- Lesión del tronco cerebral (de origen isquémico).
- Hemorragia cerebral (hipercapnia).

### Del sistema nervioso periférico

- Dolor bajo de espalda.
- Afección de nervio periférico (por orden de frecuencia): cubital, plexo braquial, radial, mediano, peroneal, femoral, tibial anterior, ciático, facial y supraorbitario.

Las complicaciones neurológicas son las que aparecen con mayor frecuencia. Su diagnóstico confirmatorio necesitaría de estudios electromiográficos y neurográficos.

## **B. Complicaciones no neurológicas**

### Traumatológicas:

- Traumatismos por pellizcamiento de zonas acras (personal inexperto).
- Distensión ligamentosa
- Fracturas óseas en patología ósea.

### Dermatológicas:

- Alopecia postcompresiva (de origen isquémico)
- Ulceraciones postcompresivas (de origen isquémico)

### Cardiocirculatorias:

- Enfermedad tromboembólica.
- Oclusión arterial (arteriopatía previa).
- Hipotensión arterial.
- Descompensación cardiaca aguda.

La trombosis periférica constituye la complicación postoperatoria de origen circulatorio más frecuente relacionada con el posicionamiento. Cualquier factor que obstruya o disminuya el flujo sanguíneo en las extremidades (compresión de las pantorrillas en la mesa de operaciones), predispone a una patología tromboembólica.

### **2.2.5 Posiciones quirúrgicas más utilizadas en la especialidad de ginecología dentro de sala de operaciones**

#### **Decúbito Supino:**

Es la más utilizada. Sus indicaciones principales son: Cirugía abdominal, vascular, en cara, en cuello, así como para abordajes axilares e inguinales, entre otros.

#### ***Efectos fisiológicos:***

- Reducción de la ventilación por compresión abdominal sobre el diafragma, acentuado esto si se administra anestesia general, por las modificaciones del tono muscular diafragmático y abdominal. Riesgo de atelectasia, al poderse cerrar la vía aérea pequeña.
- A nivel circulatorio, sólo se destacarían los efectos de la posición en decúbito supino en enfermos obesos, con ascitis, tumoración abdominal o embarazada. En estos casos, se produciría compresión de la vena cava inferior y consecuente disminución del retorno venoso y gasto cardíaco, apareciendo hipotensión. Esto se podría evitar ladeando la mesa unos 10° hacia la izquierda.
- Cuando la cabeza no se almohadilla adecuadamente y el enfermo se hipotensa, hay riesgo de que sufra dolor, tumefacción y alopecia por la presión en la zona occipital.

- Dolor bajo de espalda al perderse la convexidad lumbar fisiológica tras la relajación de los músculos paraespinales (efecto de la anestesia).
- Riesgo de pie equino y úlcera de talón, en intervenciones largas.

***Cuidados de Enfermería:***

- Cuerpo perfectamente alineado, con las piernas paralelas (nunca cruzadas, por riesgo de compresiones).
- Brazo de la venoclisis: apoyado en su soporte correspondiente, pero cuidando que nunca la abducción sea superior a los 90°, por riesgo de lesionar el plexo braquial. El brazo contrario se intentará descansar en otro soporte igual, o en su defecto, sujeto al arco de anestesia perfectamente protegido y vigilando también la abducción.
- Almohadillas bajo la cabeza y la zona lumbar. Si la intervención se prolonga, realizar cambios posturales de la cabeza.
- Protección de talones de la presión sobre la mesa, con una almohadilla.
- Prevención del pie equino.
- Vendaje compresivo ascendente, para mejorar el retorno venoso, dependiendo de las características del enfermo e intervención.
- Si obesidad, ascitis, tumoración abdominal o embarazo: ladear la mesa unos 10° hacia la izquierda, por ejemplo con una cuña que eliminaría la posible obstrucción, o en todo caso, utilizando el mando automático.

**Litotomía o Ginecológica**

Se utiliza en cirugía perianal, rectal, vaginal y urológica. En ella se sitúa al usuario en decúbito supino con las extremidades inferiores flexionadas y elevadas, para ser accesibles al periné y el recto.

### ***Efectos fisiológicos:***

- Las repercusiones cardiopulmonares serían similares a las citadas para la posición supina. Resaltar el hecho de que se pueda producir hipotensión al descender las piernas del paciente al final de la intervención, debido al relleno sanguíneo de las venas, todo ello se agravaría en caso de hemorragia importante intraoperatoria o enfermedad cardíaca previa.
- Compresión nerviosa periférica (lesión del nervio ciático poplíteo externo, es la compresión principal).

### ***Cuidados de Enfermería:***

- Colocar las piernas en las perneras a la vez, para evitar luxaciones de la cadera, el usuario habrá situado previamente la zona glútea en el extremo distal de la mesa, para prevenir tensión en músculos y ligamentos lumbosacros. Insistimos en el adecuado almohadillado de las perneras. Las piernas se fijan con las bandas de sujeción (las perneras se pondrán a la misma altura y en relación con el tamaño de las piernas del usuario). Una regla: siempre las perneras a las piernas, nunca las piernas a las perneras.
- Fijados los miembros, se retiran los planos de la mesa, descansando el brazo de la venoclísis sobre un soporte y el contrario, bien sobre el arco de anestesia o bien bajo la zona lumbar con la palma de la mano mirando hacia abajo, para prevenir lesiones en la misma.
- Importante: comprobar que la pernera no hace presión sobre el hueso poplíteo ni sobre el nervio ciático poplíteo externo.
- Al terminar la intervención, es importante bajar las dos piernas a la vez y lentamente.

## **2.3 VARIABLES**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE - 1**

- Conocimiento del profesional de enfermería sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología en el intraoperatorio en centro quirúrgico.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE - 2**

- Práctica del profesional de enfermería sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología en el intraoperatorio en centro quirúrgico.

## 2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES
Conocimiento del profesional de enfermería sobre el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología en el intraoperatorio.	Acción y efecto de conocer determinados tópicos relacionados con el posicionamiento quirúrgico en la especialidad de ginecología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Posicionamiento quirúrgico.</li> <li>➤ Criterios fundamentales</li> <li>➤ Actividades generales de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modo en el que se coloca al paciente para una determinada intervención quirúrgica que permite obtener una exposición óptima de la región que se va a operar.</li> <li>➤ Aspectos básicos sobre el cuidado de enfermería en el paciente sometido a una intervención quirúrgica</li> <li>➤ Acciones de enfermería orientadas a evitar</li> </ul>	<p>A) Conocimiento alto: 16 a 20 puntos</p> <p>B) Conocimiento medio: 11 a 15 puntos</p> <p>C) Conocimiento bajo: 0 a 10 puntos</p>

		<p>prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Posición Quirúrgica en decúbito dorsal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos fisiológicos en posición decúbito dorsal</li> <li>- Cuidados de enfermería en posición decúbito dorsal</li> </ul> </li> <li>➤ Posición Quirúrgica ginecológica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos fisiológicos en posición ginecológica</li> <li>- Cuidados de</li> </ul> </li> </ul>	<p>complicaciones en el paciente durante la intervención quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por colocar al paciente sobre su espalda, generalmente en un plano paralelo al suelo y cuello en posición neutra.</li> <li>➤ Posición en la que el paciente se encuentra en decúbito supino con los miembros inferiores elevados y flexionados para mejorar el acceso al periné y al recto.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		enfermería en posición ginecológica		
Práctica de enfermería relacionado con posicionamiento quirúrgico n la especialidad de ginecología.	Cuidados que brinda el profesional de enfermería bajo el soporte del conocimiento para la colocación correcta del paciente en la mesa operatoria	-Cuidado antes del posicionamiento  -Cuidado durante el posicionamiento  -Cuidado después del posicionamiento	Acciones que realiza el profesional de enfermería para la protección de la integridad del usuario en el intraoperatorio, minimizando las complicaciones derivadas del posicionamiento quirúrgico.	a) Práctica adecuada: > =de10 puntos b) Práctica inadecuada: < de 10 puntos

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

#### **3.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de investigación se realizará en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo - MINSA, ubicado en Av. Miguel Grau cuadra 13, Distrito de Lima, provincia de lima, distrito de Cercado de Lima.

Dentro del servicio de Centro quirúrgico se cuenta con las especialidades de: Cirugía General, Ginecología, Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, Neurología, Cardiología, Urología.

El personal de enfermería que labora en Centro Quirúrgico está constituido por personal especialista en un 70%

El servicio de centro quirúrgico se encuentra bajo la responsabilidad de un médico anesthesiólogo y una enfermera coordinadora.

El horario de trabajo en el Centro quirúrgico comprende las 12 horas.

#### **3.3 POBLACIÓN**

La población de estudio estará constituida por 46 profesionales de enfermería que pertenecen al servicio de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo - MINSA y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.3.1 Criterios de Inclusión**

Licenciados (as) en enfermería que laboran en el servicio de centro quirúrgico del Hospital MINSA

### **3.3.2 Criterios de Exclusión**

Licenciados (as) en Enfermería que no deseen participar en la investigación  
Licenciadas que se encuentren con descanso médico.

## **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para efecto de la recolección de datos se hará uso de las técnicas: encuesta y observación directa. Y como instrumentos: un cuestionario y una guía de observación diseñada por los investigadores.

El cuestionario cuenta con 15 preguntas de opción múltiple, que pretenden evaluar el área de conocimiento de las enfermeras de centro quirúrgico sobre el posicionamiento.

Cada una de las preguntas será calificada considerando 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a la incorrecta.

Será categorizado mediante la Escala de Estaninos en:

- Conocimiento alto: 11 – 15 puntos
- Conocimiento medio: 6 – 10 puntos
- Conocimiento Bajo: 0 – 5 puntos

La guía de observación (1 Y 2) consta de 31 items, cada una será calificada considerando 1 punto a la opción “Si realiza” y 0 puntos a la opción “No realiza”.

Se categorizará en la siguiente escala:

- Practica adecuada:  $\geq$  de 24 puntos
- Practica inadecuada:  $<$  de 24 puntos

Ambos instrumentos serán validados por la enfermera coordinadora del servicio, enfermera responsable de epidemiología y estadista.

### **3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El proceso de recolección de datos se realizará previa autorización de las autoridades del Hospital Minsa para la realización del estudio y aplicación de los instrumentos, así como coordinación con la Jefatura del departamento de Enfermería y Enfermera Coordinadora del servicio de Centro Quirúrgico.

Se requerirá de la aceptación del consentimiento informado de las colegas enfermeras para la aplicación de los instrumentos.

El cuestionario será aplicado en la reunión de servicio que se realiza el último miércoles de cada mes.

La guía de observación será aplicada los días lunes y miércoles en turnos operatorios de la especialidad de ginecología.

### **3.6 ANALISIS DE DATOS**

Una vez recolectados los datos, estos serán incluidos en una base de datos.

Se realizará el análisis descriptivo de las tablas.

Los datos se presentaran en forma de tablas y gráficos de barras.

Se utilizara el paquete de base de datos SPSS

## CAPITULO IV

### CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

#### 4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

**Autonomía:** Los participantes del estudio tendrán el derecho de decidir si participan o no de la investigación, dando su consentimiento informado. Previamente la investigadora informará de manera clara y precisa como se realizará el estudio y su finalidad.

**Beneficencia:** Una vez concluida la investigación se les hará entrega de los resultados a las autoridades para tomar medidas favorables como sesiones educativas para en el reforzamiento de los cuidados en el posicionamiento quirúrgico del paciente adulto en el intraoperatorio.

**Justicia:** Todos los participantes del estudio tendrán los mismos derechos en la participación de la investigación, sin discriminación de ningún tipo. Se actuará correctamente manteniendo la legalidad y legitimidad de los datos proporcionados por la población de estudio durante su participación en el estudio.

**No maleficencia:** Se aplicará el precepto hipocrático que a la letra dice “No causar daño de ningún tipo al participante”. El estudio se efectuará con total transparencia. No se sesgará la información.

#### 4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ETAPAS	2016												
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisión Bibliográfica	■												
Elaboración del proyecto	■												
Revisión del proyecto.							■						
Corrección de sugerencias.								■					
Presentación del proyecto									■				
Aprobación del proyecto										■			
Sustentación del proyecto											■		

### 4.3 PRESUPUESTO:

<b>RECURSOS</b>	<b>DETALLE</b>	<b>CANT.</b>	<b>C.U. (S/.)</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
<b>Recursos Materiales</b>	Útiles	-	-	200
	Impresiones, copias	-	-	100
	USB 8gb, 2 cds	-	-	40
<b>Recursos Humanos</b>	Asesora			900
	Estadista			500
<b>Servicios</b>	Movilidad	-	-	300
	Otros			100
<b>TOTAL</b>				<b>2140</b>

# **ANEXOS**

**COD: 001**



**UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tiempo de servicio: .....

Especialidad: SI:..... No:.....

Tipo de contrato: Nombrado:..... Cas:.....

### **CUESTIONARIO**

Estimado colega:

Se está trabajando en un estudio que tiene como objetivo elaborar una tesis para optar el grado académico de especialista en Centro Quirúrgico, acerca del nivel de conocimiento del profesional de enfermería respecto al posicionamiento quirúrgico en el intraoperatorio.

Solicito su colaboración para responder unas preguntas, el cuestionario será confidencial y anónimo. Los resultados obtenidos ayudarán al servicio de Centro Quirúrgico para la elaboración de proyectos de capacitación, que mejoraran nuestra calidad de atención. A continuación se presentan 15 preguntas, marque Ud. la alternativa que considere correcta.

1.- ES OBJETIVO FUNDAMENTAL AL SELECCIONAR LA POSICIÓN QUIRURGICA:

- a) Comodidad del equipo quirúrgico
- b) Comodidad para el anesthesiólogo

- c) Obtener una exposición óptima de la región que se opera
- d) a y c

2.- NO ES CRITERIO FUNDAMENTAL AL POSICIONAR AL USUARIO:

- a) Evitar complicaciones potenciales respiratorias
- b) Evitar complicaciones potenciales cardiovasculares
- c) Evitar complicaciones de la termorregulación.
- d) Evitar lesiones del SNC y SNP.

3.- UNA DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DESTINADAS A LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PACIENTE, ESTA RELACIONADA CON:

- a) Proteger y acolchar los accesorios de la mesa operatoria que estén en contacto con la piel del usuario.
- b) El uso del arco en C.
- c) Es suficiente con el vendaje para prevenir complicaciones
- d) Los accesorios que se usan en la mesa de operaciones no causan daño

4.- EVITA LESIONES CUANDO LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CAEN LAXAMENTE POR EFECTO DE LA ANESTESIA

- a) El vendaje
- b) La sujeción
- c) El uso de perneras
- d) Alineación adecuada

5.- LAS COMPLICACIONES DEL MAL POSICIONAMIENTO TAMBIEN SON LLAMADAS:

- a) Iatrogenias
- b) Lesiones por decúbito
- c) Lesiones por quemaduras
- d) Ulceras por decúbito

6.- POSICIÓN QUIRÚRGICA DONDE HAY RIESGO DE LESION DE NERVI  
CIÁTICO

- a) Supina
- b) Sims
- c) Litotomía
- d) Trendelemburg

7.- RESPECTO AL POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO, ES CORRECTO:

- a) La posición del usuario es criterio del profesional de enfermería.
- b) No es determinada por la edad, pesos y situación cardiovascular.
- c) La seguridad es el primer factor a tener en cuenta
- d) La movilización del usuario debe hacerse entre 3 personas como mínimo.

8. POSICIÓN CONOCIDA TAMBIÉN COMO POSICIÓN ANATÓMICA

- a) Fowler
- b) Decúbito supino
- c) Decúbito lateral izquierdo
- d) Genupectoral

9.- EVITA LESIONES EN LA PIEL DEL PACIENTE QUIRÚRGICO:

- a) Evitar las arrugas en las sabanas donde descansa la piel del paciente
- b) Utilizar siempre sabanas estériles para cubrir la mesa operatoria
- c) Colocar solera de hule debajo de la sabana
- d) Utilizar manta térmica

10.- ES CORRECTO RESPECTO A LA MOVILIZACION DEL PACIENTE SOMETIDO  
A ANESTESIA GENERAL:

- a) Movilizarla entre 3 personas
- b) Movilizarla entre 4 personas
- c) Movilizarla entre 5 personas

d) Movilizarla entre 6 personas

11- ES PARTE DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA POSICION DECUBITO SUPINO:

- a) Cruzar las extremidades mejora la circulación
- b) Colocar almohadillas debajo de la cabeza, zona lumbar y talones.
- c) La abducción de miembros superiores puede ser mayor a 90°
- d) NA

12.- EN LA POSICION SUPINA, SE RECOMIENDA LADEAR LA MESA OPERATORIA 10° HACIA LA IZQUIERDA, SI EL USUARIO PRESENTA:

- a) Obesidad, ascitis
- b) Tumorción abdominal, embarazo
- c) NA
- d) TA

13.- PARA EVITAR LESIONES EN EL PLEXO BRAQUIAL SE DEBE ABDUCIR HASTA:

- a) 45°
- b) 30°
- c) 90°
- d) 120°

14.- REGLA IMPORTANTE EN LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA

- a) Siempre la pierna derecha primero
- b) No es necesario bajar las dos piernas a la vez
- c) Siempre las piernas a las perneras
- d) Siempre las perneras a las piernas

15.- SE PUEDE PRODUCIR\_\_\_\_\_AL DESCENDER LAS PIERNAS DEL PACIENTE AL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, DEBIDO AL RELLENO SANGUÍNEO DE LAS VENAS.

- a) Descompensación cardíaca
- b) Oclusión Arterial
- c) Hipotensión Arterial
- d) Trombosis periférica

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL  
POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO DEL USUARIO EN LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGÍA EN EL INTRAOPERATORIO EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL  
HOSPITAL MINSA**

**COD: 001**

**POSICIÓN DECÚBITO SUPINO**

<b>CUIDADOS ANTES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Protege y realiza el acolchado adecuado de los accesorios de la mesa que estén en contacto directo con la piel del usuario		
Coloca al usuario con el cuerpo alienado y piernas paralelas		
Cuida ramas del plexo braquial, evitando abducción Mayor a 90°		
Coloca correctamente los pies para evitar equinos		
Sujeta bien los miembros para evitar la posible lesión al caer laxamente		
Sujeta e inmoviliza adecuadamente al usuario, de forma que no varíe la posición inicial adoptada, para evitar posibles complicaciones posteriores		
Minimiza la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos, utilizando protectores, alineación correcta y evitando las presiones mecánicas directas		
Evita las arrugas en las sábanas donde descansa directamente la piel del usuario		
Coloca la cabeza del usuario de la forma más anatómica posible, al igual que el resto del cuerpo.		
<b>CUIDADOS DURANTE</b>		
Evita hiperextensión del cuello		
Varía el punto de apoyo de la cabeza si la cirugía se prolonga		
Coloca la mesa e instrumental de forma que no ejerzan presión sobre el paciente		
<b>CUIDADOS DESPUES</b>		
Moviliza al usuario que ha sido sometido a anestesia general al menos entre cuatro personas		
Cuida de no realizar movimientos bruscos		
Cuida y protege las vías respiratorias, los catéteres y las sondas		

**GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL  
POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA DEL  
USUARIO EN EL INTRAOPERATORIO EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL  
DE ESSALUD**

**COD: 001**

**POSICIÓN GINECOLÓGICA**

<b>CUIDADOS ANTES DE LA CIRUGIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Verifica el acolchado de la perneras		
Protege zona sacra mediante acolchado		
Evita tensión en músculos lumbosacros al ubicar zona glútea en el extremo distal de la mesa		
Coloca las perneras en forma paralela		
Coloca las piernas en la perneras de manera cuidadosa		
Comprueba que la pernera no hace presión sobre el nervio ciático poplíteo externo		
Evita abducción extrema de miembros inferiores		
Fija las piernas en las perneras con bandas de sujeción		
Procede a quitar la parte de la mesa situada debajo de las piernas		
Coloca un soporte en el brazo de la venoclisis		
Fija el otro brazo al arco de anestesia con la palma hacia abajo		
Coloca la cabeza del usuario de la forma más anatómica posible, al igual que el resto del cuerpo.		
<b>CUIDADOS DURANTE</b>		
Coloca la mesa e instrumental de forma que no ejerzan presión sobre el paciente		
Vigila posibles cambios de posición involuntarios por el paciente		
<b>CUIDADOS DESPUES</b>		
Baja ambas piernas a la vez y en forma lenta		
Cuida de no realizar movimientos bruscos		

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fuller J. Instrumentación Quirúrgica Principios y Prácticas, 5ª Ed., España, Ed. Medical Panamericana; 2007
2. Braz A; Rosa A; Rizetto M; Cuvello C; Lopez. Posicionamiento Quirúrgico: Cuidados de Enfermería en el Periodo Transoperatorio. SOBECC. [Internet]. [citado 2016 Sep 07]; 52-58. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5579.pdf>
3. Burns N, Grove S, Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5º ed. España. Edit. Elsevier. 2012
4. Braz A; Rosa A; Rizetto M; Cuvello C; Lopez. Posicionamiento Quirúrgico: Cuidados de Enfermería en el Periodo Transoperatorio. SOBECC. [Internet]. [citado 2016 Sep 07]; 52-58. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5579.pdf>
5. Vilca V. Proceso de Atención de Enfermería en las Etapas Pre, Trans y Posquirúrgicas y la integridad de la piel del paciente sometido a largas horas de cirugía en el Centro quirúrgico del Hospital Eugenio Espejo. Ecuador.2013.
6. Barbosa M, Braz O, Ártemis M; Lemos de Sousa A; Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Sep 09]; 27(1): 31-41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100005&lng=es)
7. Rabello F; Eyra L; Oliveira I. Síndrome Compartimental Relacionada con el Posicionamiento Quirúrgico: Un Enemigo Silencioso. SOBECC. 2012. [Internet].

- [citado 2016 Sep 07]; 71-80. Disponible en:  
[http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17\\_n3\\_%20jul\\_set2012\\_\(sin\\_drome\\_compartimental\\_relacionada\\_ao\\_posicionamento\\_cirurgico\\_um\\_inimigo\\_silencioso\).pdf](http://itpack31.itarget.com.br/uploads/snf/arquivos/Ano17_n3_%20jul_set2012_(sin_drome_compartimental_relacionada_ao_posicionamento_cirurgico_um_inimigo_silencioso).pdf)
8. Sánchez M, Polo R, Rodríguez M, Batuecas J, Cultura en Posiciones Quirúrgicas en el Personal de Enfermería de Quirófano de un Hospital. Rev GEEOE [Internet]. [citado 2016 Sep 07]; Disponible en:  
<http://www.fabulacongress.es/certamenraquel/images/PdfTrabajos/10.pdf>
  9. Mendoza C, Galvao C, Posicionamiento Quirúrgico: Evidencias para el Cuidado de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2010 [citado 2016 Sep 09]; 18(2): [08]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_21.pdf)
  10. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. [citado 2016 Sep 05]; Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
  11. Raile M, Marriner A, Modelos y Teorías en Enfermería, 7ma ed. Editorial ELSEVIER, España, 2011
  12. Pazmiño L, MANUAL DE ENFERMERIA; “Proceso de Atención de Enfermería en el Paciente Hospitalizado”; Editorial DAE (Grupo Paradigma), 2012.
  13. Durán de Villalobos M, La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. SciELO, [Internet]. jun. 2010 [citado 2016 Sep 09]; Disponible en:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/129>
  14. Rogers M. Enfermería de la Ciencia evoluciona, editores. Arte Científico de Roger de la práctica de enfermería. Madrid, 2004.

15. Durán de Villalobos M, La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. SciELO, [Internet]. jun. 2010 [citado 2016 Sep 09]; Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/129>
16. Raile M; Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería, 7ª Ed., España, Ed. Elsevier; 2011.
17. Arias H, Importancia de la Posición Quirúrgica y sus Complicaciones, Primera Edición, Chile, 2012
18. Chocarro L, procedimientos y cuidados en enfermería médico quirúrgicos, 3º ed. Editorial ELSEVIER, Madrid, 2010
19. Coello P, Guía práctica Clínica para la seguridad del paciente quirúrgico. [Internet]. jun. 2011 [citado 2016 Ago 10]; Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/seguridad\\_paciente/completa/apartado01/introduccion.htm](http://www.guiasalud.es/egpc/seguridad_paciente/completa/apartado01/introduccion.htm)
20. Guerra MD. Medina FJ, Fundamentos Teórico Práctico de la Enfermería de Cuidados Perioperatorios, Editorial FUDEN, 2012
21. Sánchez M; ENFERMERÍA CLÍNICA “Recepción y atención de paciente post-operado”; Guía: Atención en el preoperatorio; Primera Edición, 2012