

POSIÇÕES CIRÚRGICAS

OBJETIVO

Deve visar a boa exposição e o fácil acesso ao campo cirúrgico.

São manobras que merecem alguns comentários pois, destinadas a facilitar a execução do ato cirúrgico, podem dificultar as condições de observação e controle por parte dos anestesiata, bem como ter repercussões no período pós- operatório.

OBS: a escolha da posição cirúrgica cabe ao cirurgião enquanto que o anestesiata devesa fazer os ajustes necessários para a administração dos anestésicos e observação dos seus efeitos.

Ao se colocar o paciente em posição, deve- se levar em conta os seguintes critérios:

- Facilidade dos movimentos respiratórios
- Não comprimir terminações nervosas ou vasos sanguíneos, para isso deve-se proteger com panos ou faixas qualquer parte do corpo que exija restrições, que devem ser relativamente confortáveis.
- Não deixar os membros do cliente pendentes na mesa operatória.
- Evitar, sempre que possíveis distensões musculares em qualquer parte do corpo.

OBS: Anestesiados a maior parte do tempo, os doentes não poderão reclamar de desconforto ou terem sido mal posicionados, o que pode ocasionar dores articulares e musculares no pós- operatório.

Não esquecer também que a facilidade de administração dos anestésicos e a possibilidade de verificação de seus efeitos por parte dos anestesiata, a observação da cor da face, dos lobos das orelhas, do tamanho das pupilas são mais importantes para a segurança do paciente e tranquilidade da equipe.

O momento de posicionar o paciente é variável. Em primeiro lugar influi o tipo de anestésico. O uso de bloqueios ou anestésico geral recomenda- se que o paciente so se já mobilizado para o posicionamento após a fixação do bloqueio ou estabilização da anestesia geral (determinado pelo anestesiata).

A existência de patologia dolorosa como uma fratura pode necessitar de anestesia antes do posicionamento do doente para o respectivo tratamento.

A idade e o tamanho do paciente também são determinantes no momento de posiciona-lo. Ex: Uma criança pode ser induzida no colo de uma enfermeira.

Pode-se também haver mudança no posicionamento do paciente no meio da operação se o momento exigir.

De qualquer forma é importante que a movimentação do paciente anestesiado seja feita com todo o cuidado e que o anestesiata não perca de vista os cateteres de

infusão venosa, ou a intubação traqueal que nestes movimentos podem desconectar-se.

Posições Assumidas no Cotidiano:

1- POSIÇÃO SUPINA OU DECÚBITO DORSAL

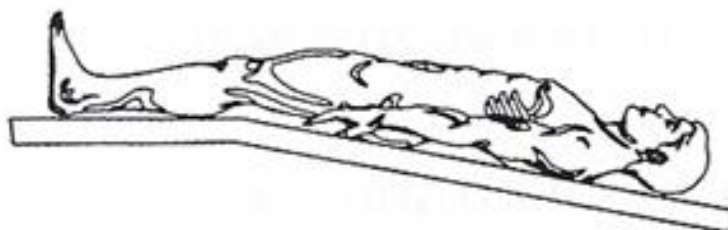
É a posição usual para indução da anestesia geral e para acesso a cavidade abdominal. O paciente fica deitado sobre o dorso, com os braços em posição e as pernas levemente afastadas, o corpo deve estar bem alinhado, e os pés não cruzados.

É a posição mais anatômica para o paciente e que permite melhores condições de trabalho para o anestesta. Algumas vezes, nas operações abdominais na porção supramesocólica, um coxim inflável ou feito com panos de campo, que é colocado transversalmente no dorso do doente, na altura do apêndice xifoide. Embora propicie ajuda inestimável ao cirurgião, não se deve exagerar em sua altura, pois pode ocasionar em dores lombares no pós-operatório, sobretudo em pacientes idosos com rigidez da coluna vertebral.



2- POSIÇÃO DE TRENDELENBURG OU TRENDELENBURG MODIFICADA

São geralmente usadas para cirurgia do abdome inferior (permite que a gravidade ajude a manter as alças intestinais na parte superior da cavidade abdominal) e em algumas cirurgias nos membros inferiores ajudando na hemostasia. O paciente é colocado em posição supina e toda a mesa de operação é levemente inclinada para que a cabeça do paciente fique mais baixa que seus pés em alguns graus. Esta posição as vezes pode interferir na respiração porque o peso adicional dos órgãos internos comprime o diafragma, o que pode ocasionar em dificuldades respiratórias.

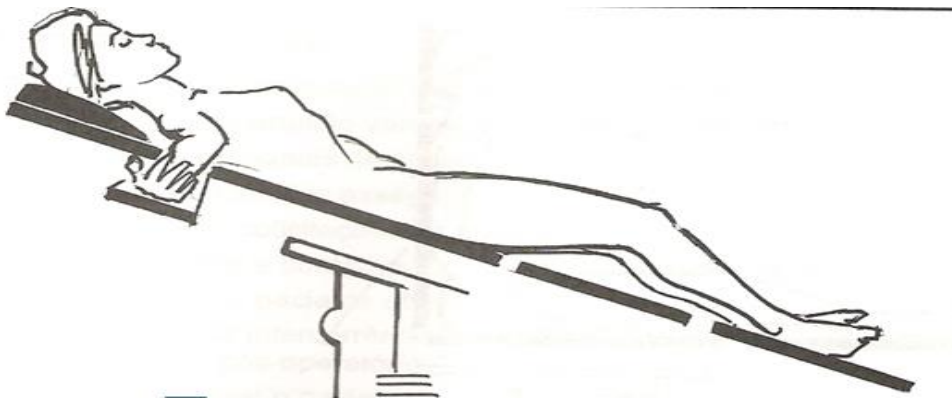


3- POSIÇÃO DE TRENDELENBURG REVERSA OU PROCLIVE

Esta posição é geralmente usada para a cirurgias da cavidade abdominal superior e da cabeça e pescoço, permite uma exposição operatória melhor porque a gravidade mantém as alças intestinais na parte inferior do abdome. Também, como a cabeça elevada levemente, a hemostasia se torna mais fácil nas operações deste sangramento.

OBS: Quando for usada para cirurgia de pescoço e face, o dorso da mesa deve ser elevado e um coxim roliço pesado sob os ombros do paciente para hiperestender o pescoço, apenas o suficiente para facilitar o ato cirúrgico.

O paciente é colocado em supina e toda a mesa é inclinada para que a cabeça fique mais alta que os pés, eventualmente um apoio para os pés pode ser usado se a inclinação da mesa for muito grande.



4- POSIÇÃO LATERAL

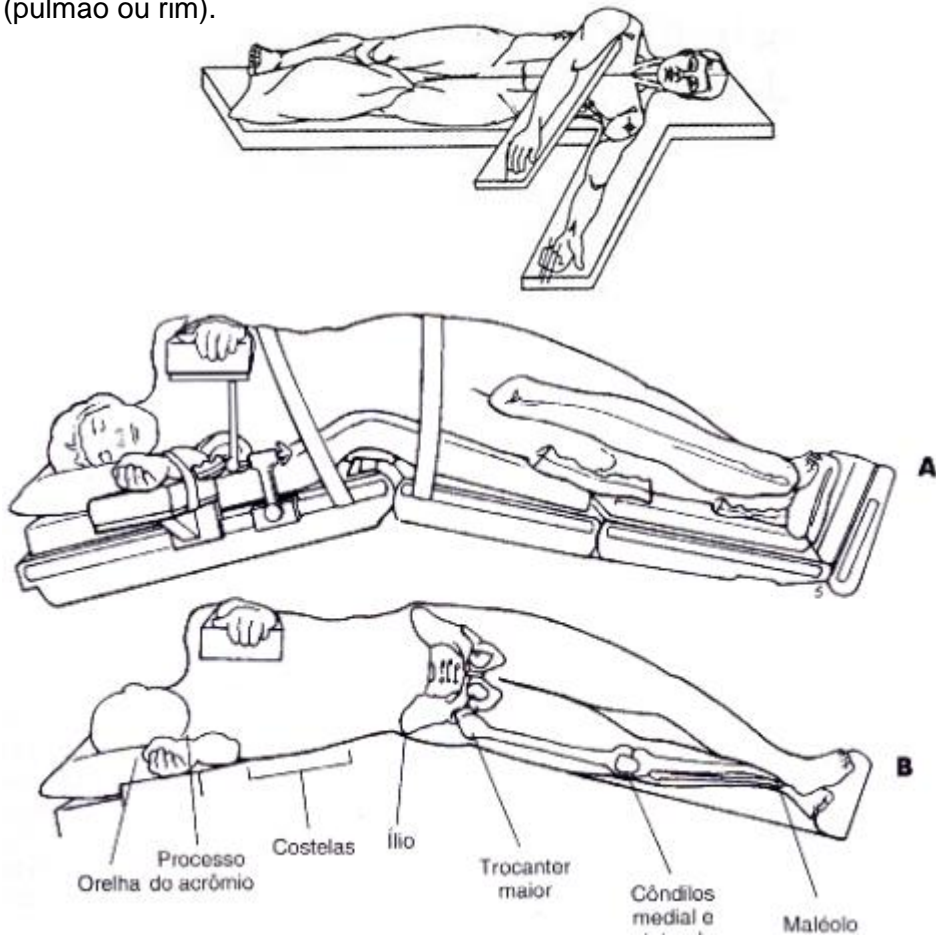
A posição lateral, geralmente é utilizada nas operações nos rins, pulmões ou quadril.

O paciente a indução da anestesia na posição supina e é cuidadosamente virado para a posição lateral após o anestesista dar permissão. Posicionadores como coxins podem ser usados paramante o paciente lateralizado. Em alguns casos, uma fita longa de 5 a 10cm de esparadrapo é passada pelo quadrile pelo ombro para imobiliza-lo com segurança na mesa operatória, a perna interior é flexionada e a levemente flexionada, separadas por um travesseiro que previne compressões vasculares e nervosas entre ambas.

Nas operações sobre o tórax, o braço inferior é colocado em uma braçadeira e o superior colocado em outra braçadeira em arco por sobre a cabeça, que permite que ele seja elevado pra cima e pra fora, abrindo a axila e facilitando a exposição do grandeado costal, tanto o braço como a braçadeira devem ser protegido com uma faixa de pano para evitar contato da pele com o metal e prevenir de eventuais queimaduras causadas pelo bisturi elétrico.

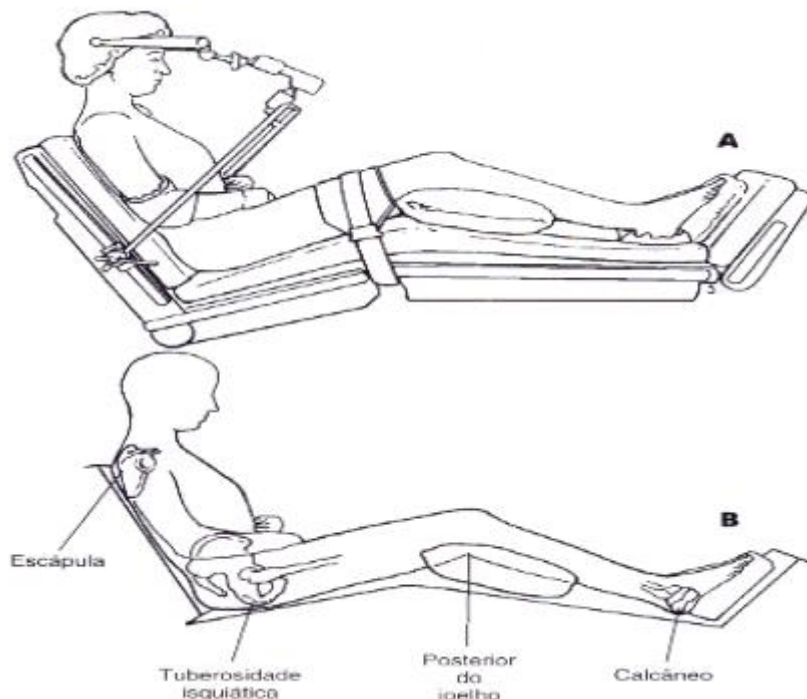
O anestesista coloca um travesseiro sob a cabeça do paciente para que o pescoço fique alinhado com o corpo. Variantes são obtidas com os auxílios dos coxins, que

fletem lateralmente o tronco em alturas variáveis, dependendo do órgão a operar (pulmão ou rim).



5- POSIÇÃO DE FOWLER MODIFICADA

A posição de Fowler modificada ou posição sentada, é usada na maioria das vezes para cirurgias neurocirurgias, mamoplastias e abdominoplastias. O paciente deve ser cuidadosamente posicionado sobre as dobras da mesa, o dorso fica elevado e um suporte para os pés deve ser colocado.



6- DECUBITO VENTRAL OU POSIÇÃO DE PRONA

Usadas em pacientes que serão submetidos a cirurgia na parte posterior do corpo. A indução da anestesia geral é feita na posição de supina, após o anestesista autorizar, o paciente pode ser mobilizado cuidadosamente pela equipe.

São colocados dois coxins debaixo das axilas e aos lados do tórax, que permitem melhor expansão pulmonar e diminuem a pressão na mamas das pacientes femininas, os braços são colocados em braçadeiras bem almofadadas, estendidos para fora e com as palmas voltadas para baixo, a cabeça do paciente deve repousar sobre um travesseiro, virada para um lado, para manter o pescoço e a coluna vertebral no mesmo nível, os pés são elevados pelo tornozelo sobre um travesseiro para prevenir que o peso das pernas exerça grande pressão na ponta dos dedos.

Essa posição tem a grande desvantagem de dificultar os movimentos respiratórios e deve ser usada com cuidado em pacientes pneumopatas.

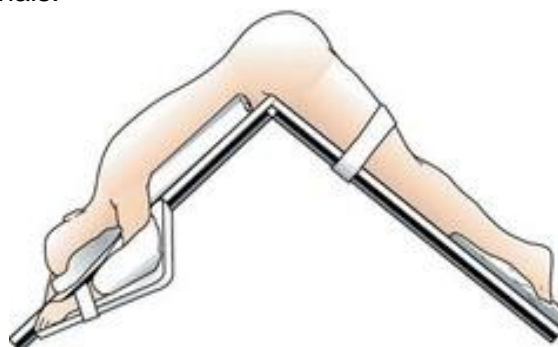
Podemos usar essa posição em cirurgias como coluna lombar, tumor cerebral (dependendo da localização do tumor), entre outras na parte posterior.



7- POSIÇÃO DE KRASKE, DEPAGE, CANIVETE SEMI ABERTO (JACK KNIFE)

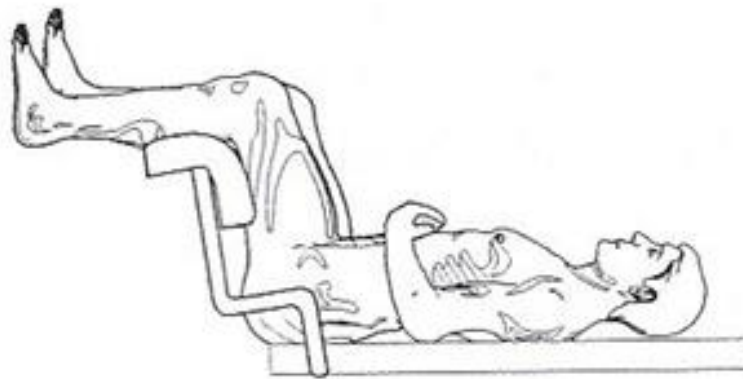
Usada em cirurgias proctológicas, o paciente é colocado inicialmente em decúbito ventral, com posterior em angulação da mesa ou com a ajuda de coxins transversal sob o baixo ventre apoiado nas cristas ilíacas, elevando as nádegas pela flexão do tronco sobre as costas, lembrando um “V” invertido, os coxins subaxilares facilitam a respiração, faixas e esparadrapo colocadas de cada lado das nádegas é presa à mesa cirúrgica abrindo o sulco Inter glúteo e expondo o períneo posterior.

Esta posição pode trazer as mesmas dificuldades respiratórias que a anterior, além disso, se o coxim abdominal for colocado muito alto, pode comprimir a veia cava com diminuição do retorno venoso ou provocar vômitos pela compressão das vísceras abdominais.



8- POSIÇÃO DE LITOTOMIA OU GINECOLÓGICA

É usada em cirurgias que requerem uma abordagem perineal ou anal. O paciente deve ser colocado em posição supina após a indução anestésica, com as nádegas próximas a dobra inferior da mesa de operações, após o anestesista permitir duas pessoas (cada uma movendo uma perna) dobram-nas e colocam as panturrilhas utensílios com o nome de perneira, que devem ser protegidas com pano para que o paciente não tenha contatos com metal, ambos as perneiras devem ser colocadas na mesma altura e no mesmo ângulo de afastamento, em seguida, o segmento inferior da mesa é retirado ou abaixado em ângulo reto, ficando exposto a região perineal, as mãos do paciente são colocados em braçadeiras laterais.



OBS: Esta variabilidade das posições é obtida pelo manuseio adequado da mesa operatória, o conhecimento de suas alavancas, manivelas, controle com funções, pela equipe cirúrgica é de máxima importância para que tais manobras sejam executadas prontamente á solicitação do cirurgião, sem erros que possam dificultar o ritmo normal do ato cirúrgico.

Existem muitas marcas e modelos de mesas que devem ser objetos de análise e conhecimento.

