



Artículo especial

Posición operatoria en cirugía colorrectal. La importancia de lo básico

José V. Roig-Vila^{a,*}, Juan García-Armengol^a, Marcos Bruna-Esteban^a,
Carlos Redondo-Cano^a, Fernando Tornero-Ibáñez^b y Roberto García-Aguado^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^bServicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor, Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de febrero de 2009

Aceptado el 28 de febrero de 2009

On-line el 21 de junio de 2009

Palabras clave:

Posición operatoria
Cirugía colorrectal
Posición de navaja
Posición de litotomía-Trendelenburg
Síndrome compartimental
Lesiones de nervios periféricos

RESUMEN

La posición operatoria en coloproctología es fundamental desde tres puntos de vista: correcto abordaje quirúrgico y exposición adecuada, requerimientos anestésicos y del mantenimiento de la vía aérea, y las complicaciones potenciales relacionadas con la propia posición. En el presente trabajo se revisan las indicaciones, colocación, ventajas e inconvenientes de cada posición operatoria, así como sus posibles complicaciones y cómo evitarlas. Éstas pueden ser de diversa índole, si bien las más frecuentes están relacionadas con lesiones por estiramiento o compresión de los nervios periféricos, seguidas por las tromboembólicas, hemodinámicas e isquémicas o síndromes compartimentales por isquemia-reperfusión tras un largo periodo en posición de Trendelenburg. Anestelistas y cirujanos deben coordinar y responsabilizarse de la posición operatoria de los pacientes.

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Operating position in colorectal surgery. The importance of the basics

A B S T R A C T

Intra-operative positioning in colorectal surgery is very important from three points of view: the proper surgical approach and exposure, adequate anaesthetic requirements with maintenance of the airway, and the potential complications related to the position. In the present study, we analyse the indications, positioning, advantages and disadvantages of each operative position, their potential complications and how to avoid them. These complications can be of a diverse nature, the most common being injuries related to stretching or compression of peripheral nerves, followed by thromboembolic, haemodynamic, and ischaemic or compartmental syndromes related to ischaemia-reperfusion after a long time in the Trendelenburg position. Anaesthetists and surgeons should coordinate and take responsibility for the position of surgical patients.

© 2009 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Operation positioning
Colorectal surgery
Jacknife position
Lithotomy-Trendelenburg position
Compartmental syndrome
Peripheral nerve lesions

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roig_jvi@gva.es (J.V. Roig-Vila).

0009-739X/\$ - see front matter © 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.02.015

Introducción

La colocación del paciente es un paso fundamental antes del acto quirúrgico en sí, y en coloproctología es particularmente cierto, ya que hay diferentes vías de abordaje y el espectro de gravedad oscila desde intervenciones con anestesia local pura a cirugía compleja en campos simultáneos o sucesivos.

Su importancia puede considerarse desde tres puntos de vista: acceso operatorio y visibilidad adecuados, requerimientos anestésicos y complicaciones potenciales relacionadas con la propia posición¹. El paciente es vulnerable durante el acto quirúrgico, ya que tras la anestesia no puede transmitir sus sensaciones y sus reflejos están abolidos². Aparte de las preferencias específicas del cirujano, la posición correcta en la mesa operatoria no es algo baladí, y así, el personal de quirófano es responsable de la colocación y la vigilancia de la posición operatoria.

En el presente artículo especial se revisan las peculiaridades, ventajas e inconvenientes y posibles complicaciones de las distintas posiciones operatorias en coloproctología.

Antecedentes históricos

A lo largo de la historia ha habido numerosa iconografía que ilustra posiciones operatorias coloproctológicas^{3,4}. Con los avances en la anestesia y la antisepsia comienza su desarrollo la cirugía abdominal y en 1835 Frederick Salmon funda, en Londres, el Hospital de St. Mark's⁵, luz y guía mundial en coloproctología. James Sims describe una posición para la exploración rectal en la que el paciente se recuesta sobre el lado izquierdo, con cadera y rodilla derechas flexionadas contra el abdomen, empleada aún hoy, y Friedrich Trendelenburg presenta, en 1880, su famosa posición para la cirugía de la pelvis, en que se coloca al paciente en una mesa especialmente inclinada, con la cabeza en el plano inferior y con un ayudante que sujeta las piernas del paciente sobre sus hombros³. Posteriormente, Joseph Matthews, padre de la proctología americana, la mejora colocando apoyos para los pies⁶, Kelly refiere la posición genupectoral⁷ y Paul Kraske, la prona⁸.

Elección de la posición operatoria para procedimientos abdominales

Posición supina

Es la más habitual para cirugía abierta de colon derecho y transversal.

Los pacientes deben tener los brazos sujetos al cuerpo o en abducción. Es conveniente colocar un rodillo bajo la espalda de modo que se pueda elevar la región epigástrica e hipocondrios para facilitar el acceso al compartimento supramesocólico. Hay que proteger la presión sobre el calcáneo, así como la región occipital, con una cabecera. También se deben almohadillar las zonas de presión de las extremidades superiores y evitar la sobredistensión del plexo braquial en pacientes con los brazos en abducción. Habitualmente,

en cirugía abierta el cirujano se coloca a la derecha del paciente y los ayudantes enfrente. En cirugía laparoscópica la posición es la inversa, aunque la colocación de los ayudantes depende de los monitores disponibles.

Pueden producirse lesiones compresivas del tipo de alopecia, úlceras por presión y lesiones del nervio cubital.

Posición de litotomía-Trendelenburg (Lloyd-Davies)

Es la más empleada en la cirugía de colon izquierdo y recto, tanto por vía abierta como laparoscópica. La describió Lloyd Davies⁹ en 1939. Algunos cirujanos la utilizan cuando se prevé liberar el ángulo esplénico del colon, y trabajan colocados entre las piernas del paciente. Habitualmente, en cirugía abierta el cirujano está situado a la izquierda, con un ayudante a la derecha y otro entre las piernas del paciente, y en cirugía laparoscópica, a la derecha. Permite también el lavado rectal, la introducción de una grapadora para efectuar una anastomosis, y su control endoscópico o mediante insuflación de aire, así como una colonoscopia intraoperatoria en caso de tumores obstructivos u otros procesos patológicos.

Cuando hay que trabajar en dos campos, como en una amputación de recto vía abdominoperineal, se requiere modificar la posición para el tiempo perineal con objeto de que la visión sea la adecuada¹⁰ (tabla 1).

El paciente está en decúbito supino, con caderas casi en extensión, rodillas flexionadas unos 45° y apoyo de la pantorrilla. El cóccix debe quedar inmediatamente fuera de la mesa operatoria. Es importante no flexionar las caderas más de 10° para facilitar el acceso al colon transversal en procedimientos laparoscópicos. Hay varios modos de colocar las extremidades inferiores. Uno de los más habituales es el empleo de perneras de apoyo en las pantorrillas del paciente, que deben descansar cómodamente sobre ellas, y no apoyar en el hueco poplíteo, lo que podría comprimir estructuras vasculonerviosas. Hay que proteger el apoyo del peroné con un paño o empapador. La posición de Trendelenburg hoy supone una inclinación del tronco con la cabeza por debajo de éste². Unos 15° son muy útiles para la disección pelviana. Como se ha comentado, las perneras pueden cubrirse con empapadores para prevenir lesiones compresivas, pero también escoriaciones cutáneas, y mantener la temperatura corporal.

Otro de los métodos es el de correas de tobillo, consistente en dos tiras que cuelgan la planta del pie y la cara posterior del tobillo desde un vástago metálico sin contacto directo con el paciente. Finalmente, el método ideal en la actualidad es el empleo de perneras de bota tipo Allen, en las que la pierna apoya en una superficie revestida con un material blando sujeta por bandas ajustables, cuyas ventajas son la posibilidad de modificar la posición intraoperatoriamente de forma sencilla y el apoyo de la planta del pie, más fisiológico, que reduce las posibilidades de compresión nerviosa, particularmente del nervio peroneo (fig. 1).

Cuando se emplea esta posición, y máxime si es forzada (acceso al recto, abordaje laparoscópico), es fundamental evitar el deslizamiento cefálico del paciente y también el lateral en procedimientos laparoscópicos. Para ello, se han empleado diversos medios, como correas de sujeción,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253716>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253716>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)