

LA CORRETTA GESTIONE DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE SUL LETTO OPERATORIO

Il posizionamento del paziente sul letto operatorio deve essere considerato parte integrante dell'intervento chirurgico.

Viene eseguito dal personale medico, infermieristico, tecnico, su precisa indicazione del chirurgo, ed è in funzione del tipo di intervento e della via d'accesso prescelta.

Il posizionamento ottimale del paziente sul letto operatorio è quello:

- **corretto nel rispetto delle norme di sicurezza**
- **che consente all'anestesista la possibilità di controllare i parametri vitali e di mantenere la respirazione assistita per tutte le fasi dell'intervento**
- **che consente la migliore esposizione di regioni, organi, apparati sui quali intervenire**
- **che consente all'operatore la maggiore libertà di movimento**

1. deve essere garantito il comfort del paziente: sicurezza per la circolazione, la respirazione, la muscolatura e le strutture nervose, al fine di evitare complicanze successive

2. la valutazione del paziente e della posizione chirurgica deve essere effettuata prima di trasferire il paziente sul letto operatorio

3. la valutazione include: neuropatie, compressioni, malattie metaboliche, limitazioni psicologiche, età, altezza e peso, stato nutrizionale, condizioni della cute

4. nei pazienti particolarmente magri e denutriti occorre evitare la formazione di lesioni da pressione

5. durante il posizionamento deve essere garantito l'allineamento del corpo e l'integrità dei tessuti

6. il numero degli operatori che partecipano all'allineamento del paziente deve essere adeguato, al fine di effettuare la movimentazione in sicurezza. Le manovre prevedono movimenti lenti ed il sollevamento del paziente

7. i presidi ed i congegni per il posizionamento devono essere disponibili, puliti ed appropriati prima dell'inizio delle procedure chirurgiche

8. il personale deve conoscere le modalità di utilizzo dei presidi e familiarizzare con esse.

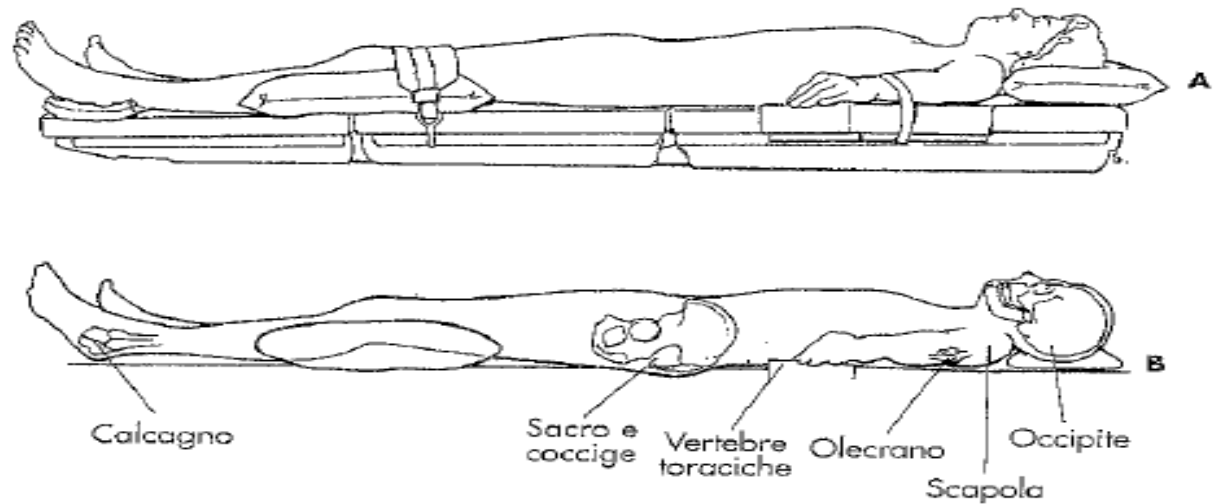
IL POSIZIONAMENTO VIENE

ESEGUITO

A PAZIENTE INDOTTO

Fig. 2.4 A) Posizione supina.
B) Principali punti di compressione.

David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.



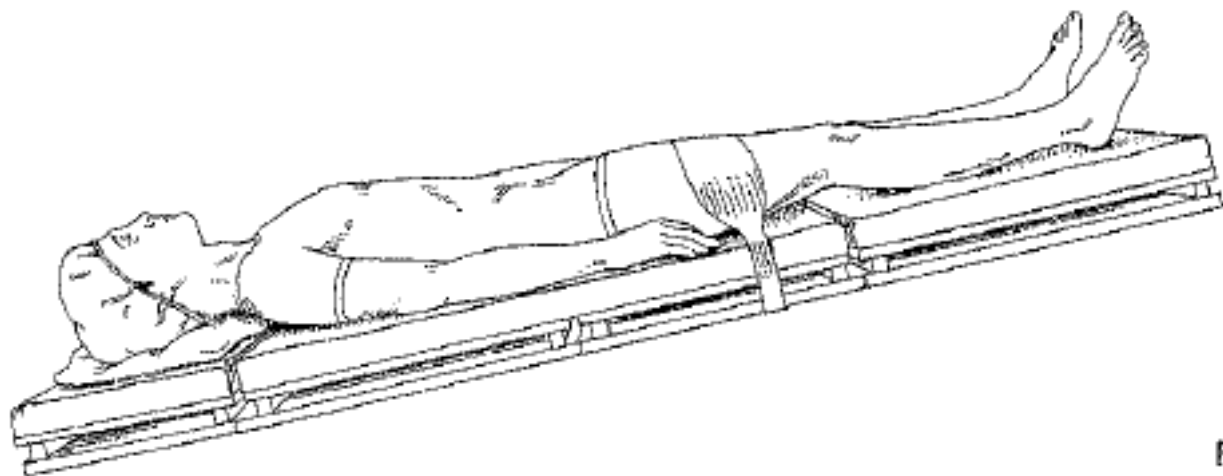


Fig. 2.5 Posizione di Trendelenburg.

Fig. 2.6 Posizione per operazioni sulla tiroide e sul collo.

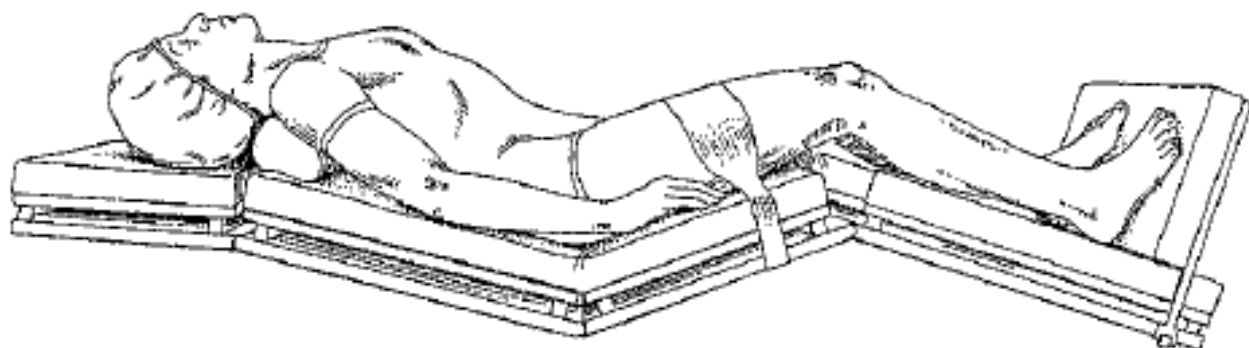
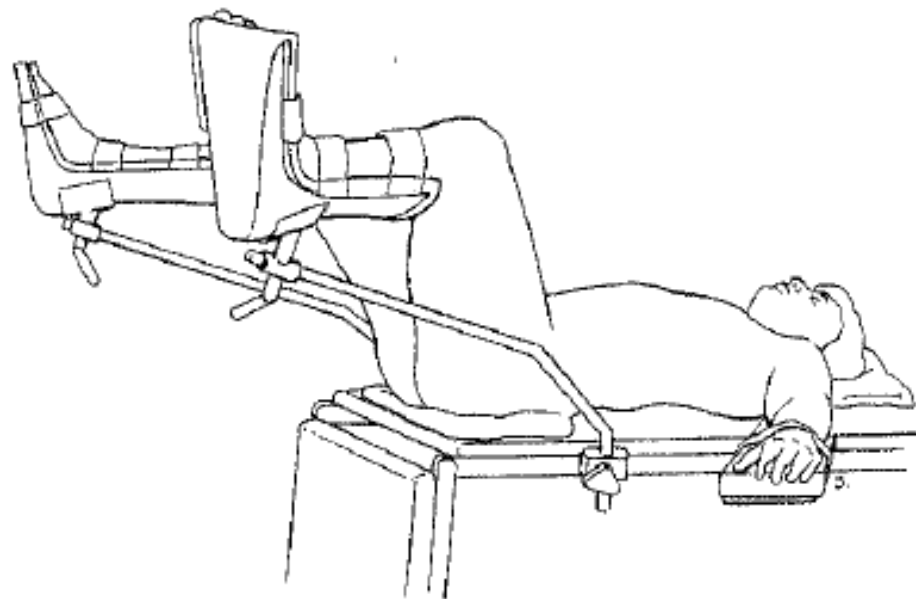


Fig. 2.7 Posizione litotomica con staffe imbottite di sostegno per interventi vaginali e rettali. Deve essere posta attenzione nel posizionamento delle gambe per assicurarsi che l'imbottitura le protegga adeguatamente. David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.



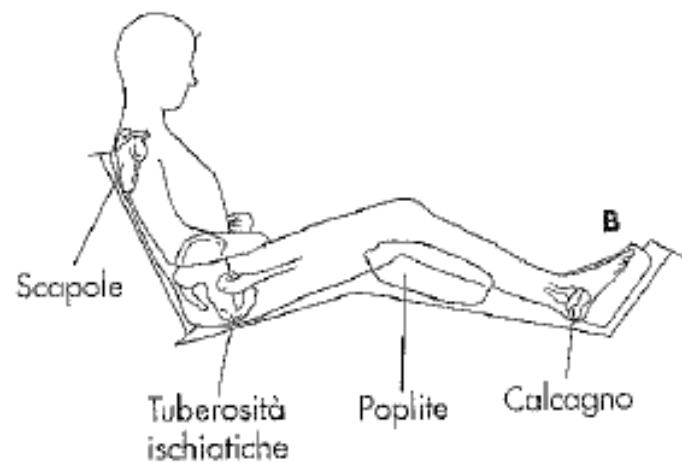
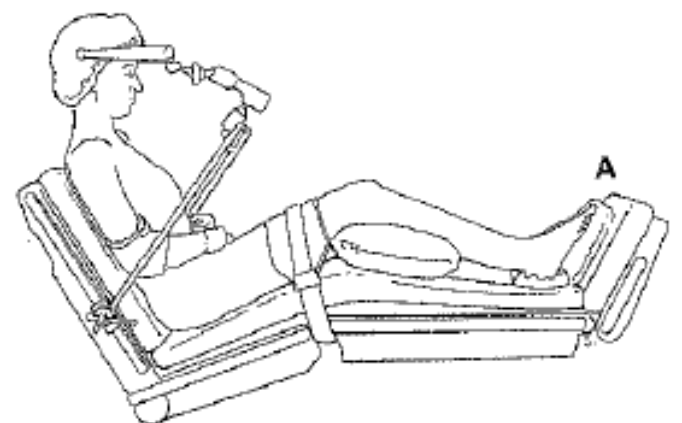


Fig. 2.10 A) Posizione seduta o modificata di Fowler.
 B) Sono illustrate le potenziali aree di compressione.
 David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.

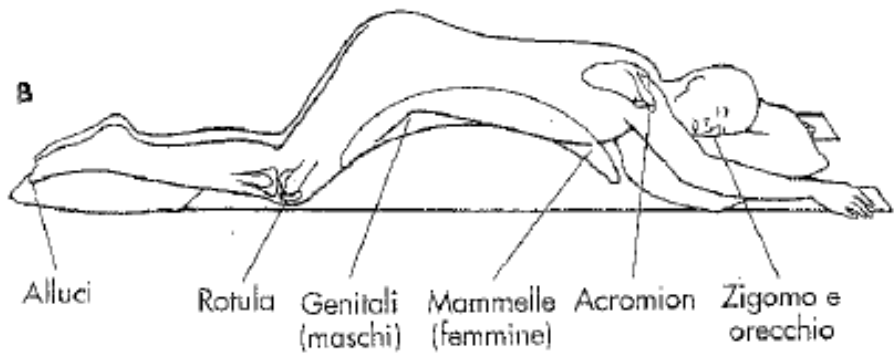
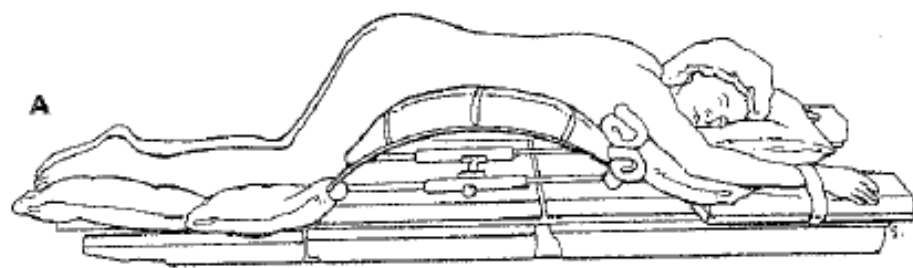
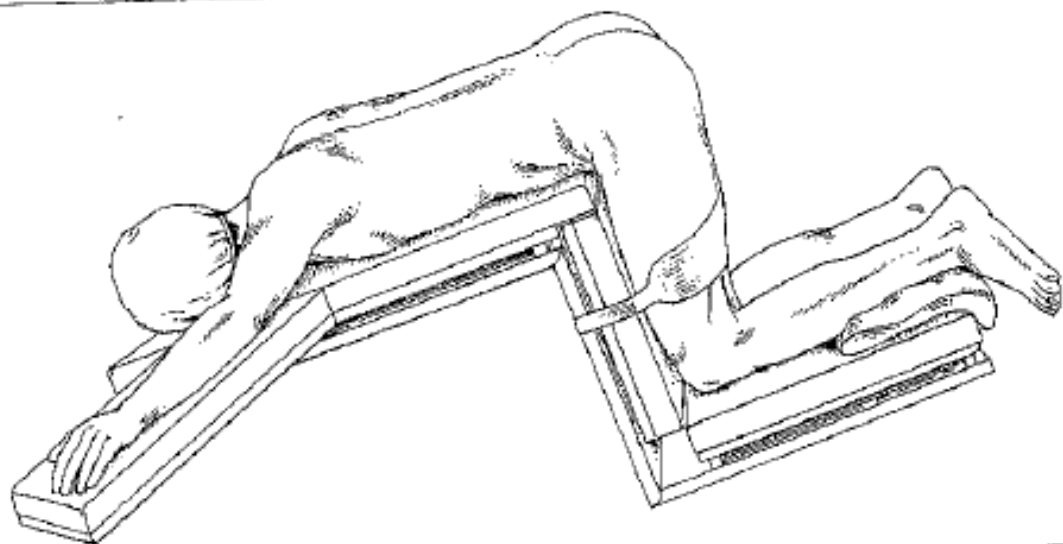


Fig. 2.11 A) Posizione prona per interventi sulla colonna vertebrale cervicale, sulla schiena, sull'area rettale e sulle estremità inferiori posteriori. B) Vengono mostrate le potenziali zone di compressione relative alla posizione prona. David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.

Fig. 2.13 Posizione detta del coltello a serramanico per operazioni proctologiche.



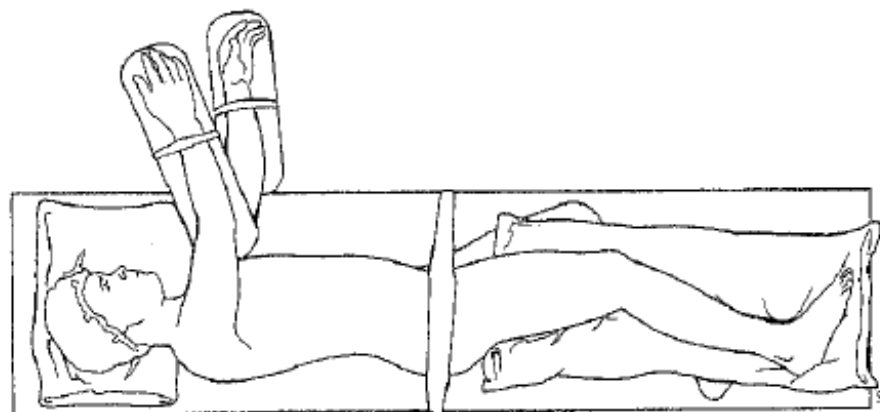
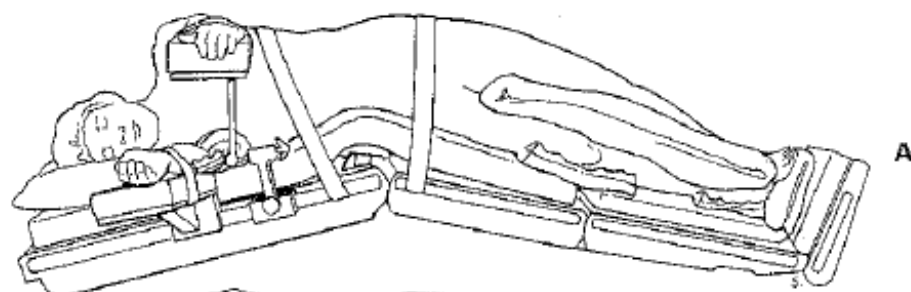
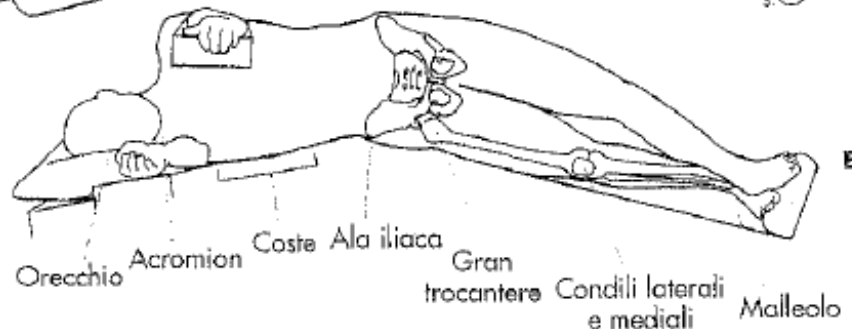


Fig. 2.14 Posizione laterale per interventi sul torace. In alcuni casi il braccio superiore può essere leggermente piegato al gomito, sollevato al di sopra della testa e sostenuto su uno speciale supporto.

David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.



A



B

Fig. 2.15 Posizione laterale per operazioni al rene con segnalazione delle potenziali aree di compressione.

David Schumick, The Ohio State University Biomedical Communications, Columbus, Ohio.

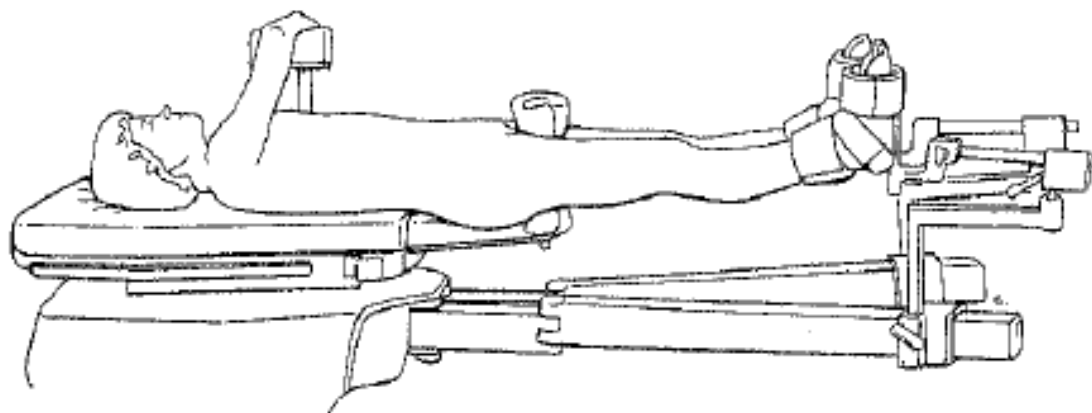
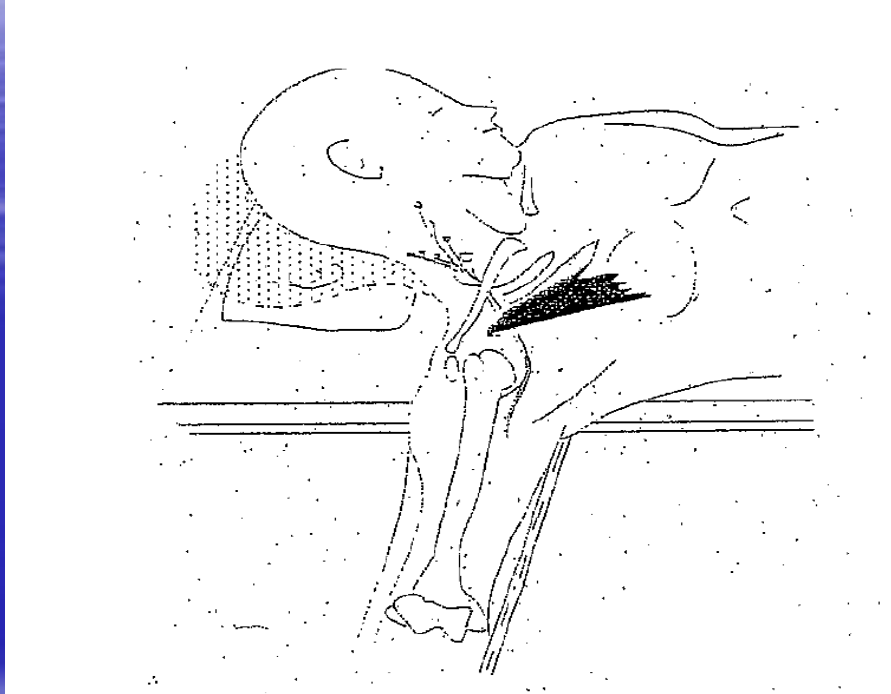
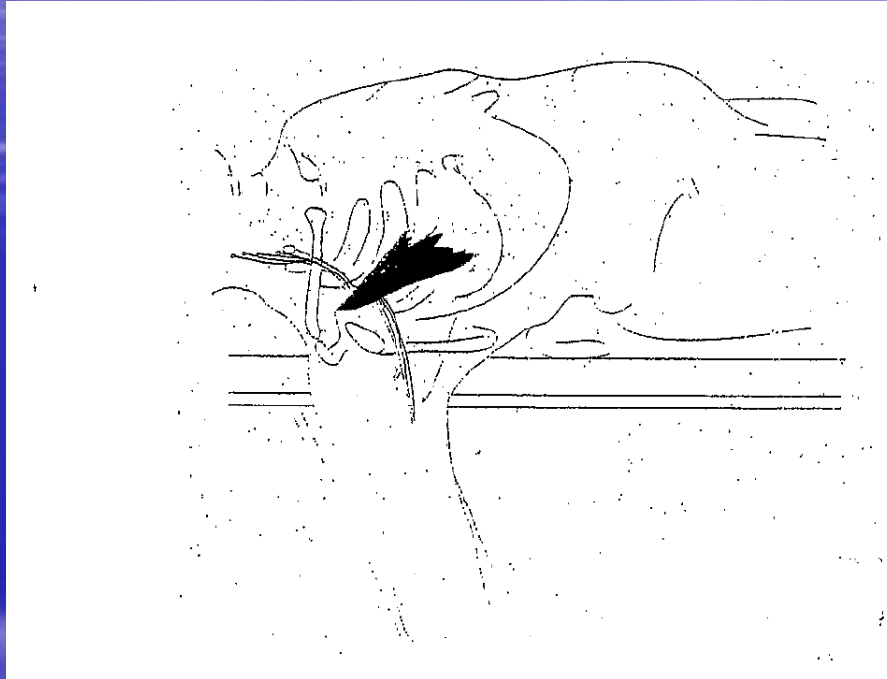


Fig: 2.16 Posizionamento del paziente sul tavolo da fratturati.

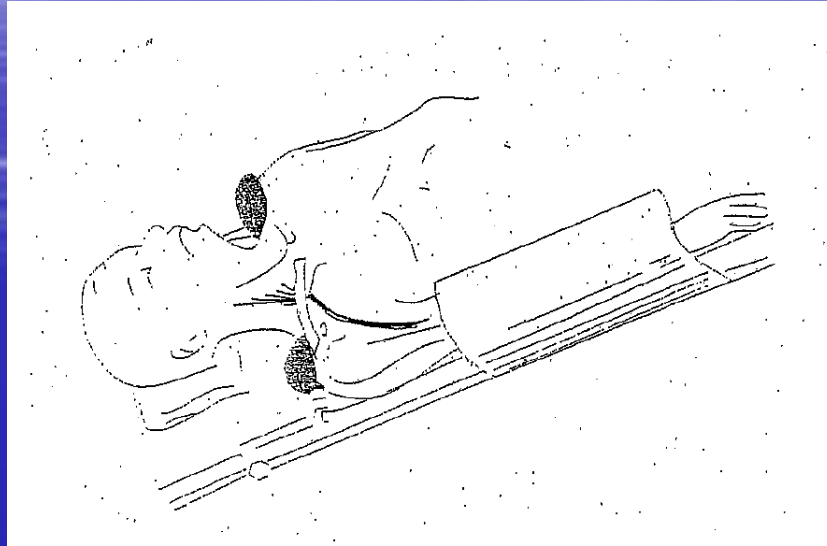
LESIONI DA MALPOSIZIONAMENTO



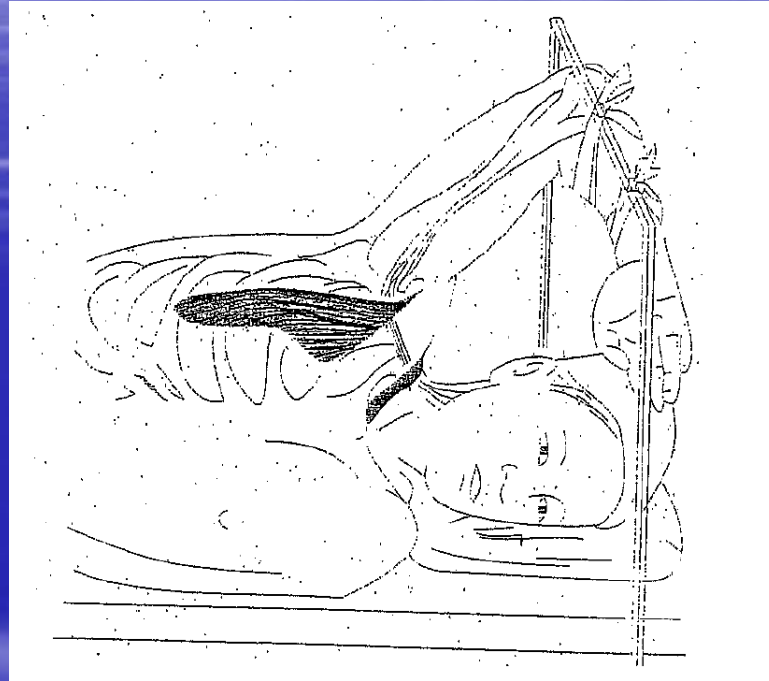
Stiramento del **plesso brachiale** con braccio abdutto, esteso e ruotato verso l'esterno e con la testa deviata dalla parte opposta.



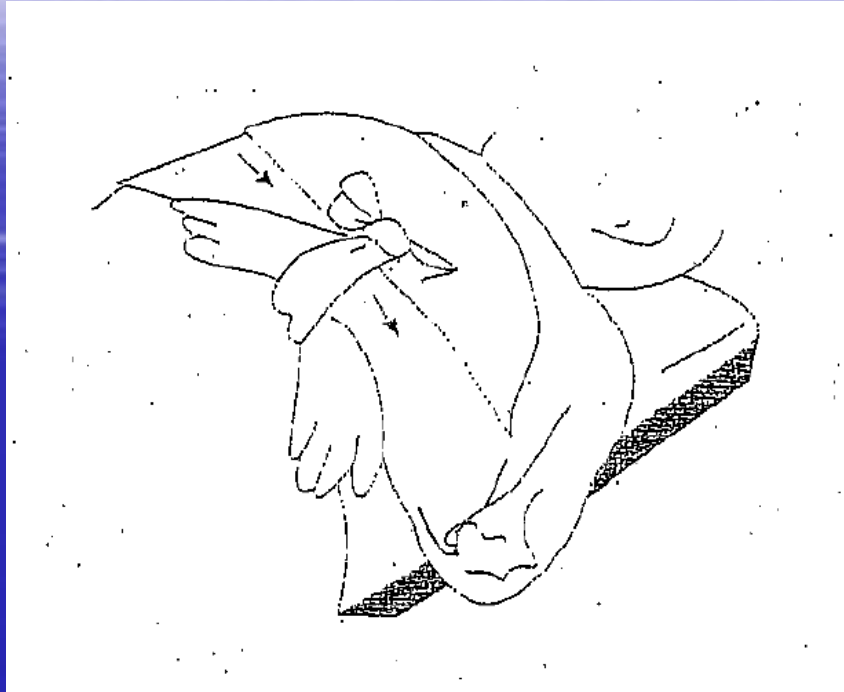
Stiramento del **plesso brachiale** sotto il tendine del muscolo piccolo pettorale con il cingolo scapolare pendente dal piano del tavolo operatorio e con il braccio abdotto, esteso e ruotato verso l'esterno.



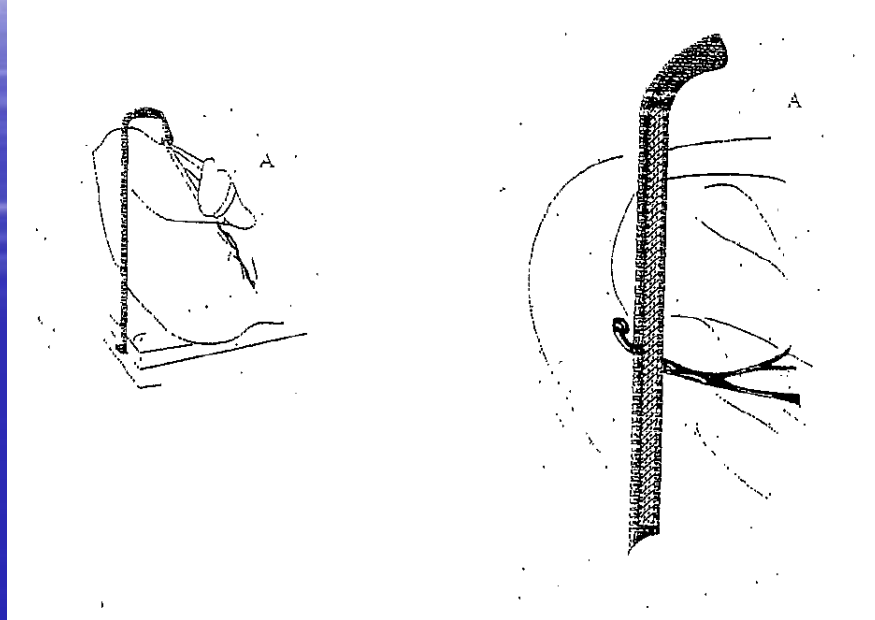
Posizione corretta per **prevenire** gli stiramenti del **plesso brachiale**, con reggisulle applicato sull'acromion e braccio completamente addotto.



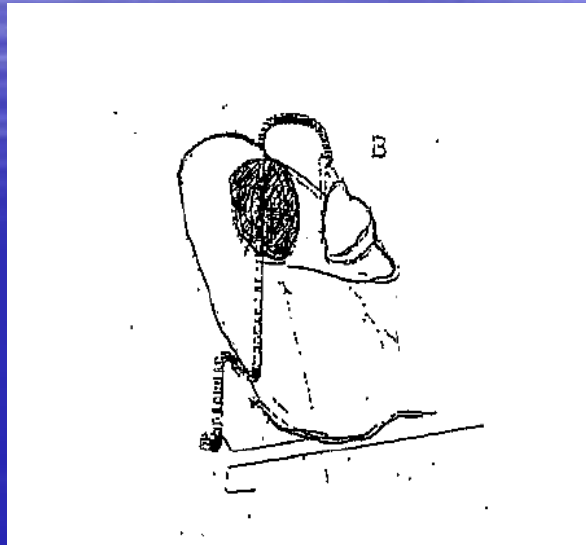
Stiramento del **plesso brachiale** sia sotto il tendine del muscolo pettorale, sia sotto la clavicola, con il braccio sospeso e abdotto.



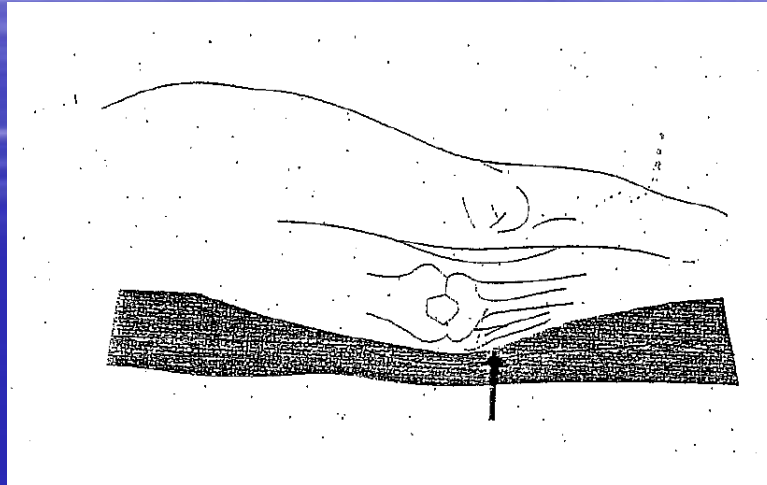
Compressione del **nervo ulnare** nella doccia del
nervo al gomito, fra epicondilo mediale dell'omero e
piano del tavolo.



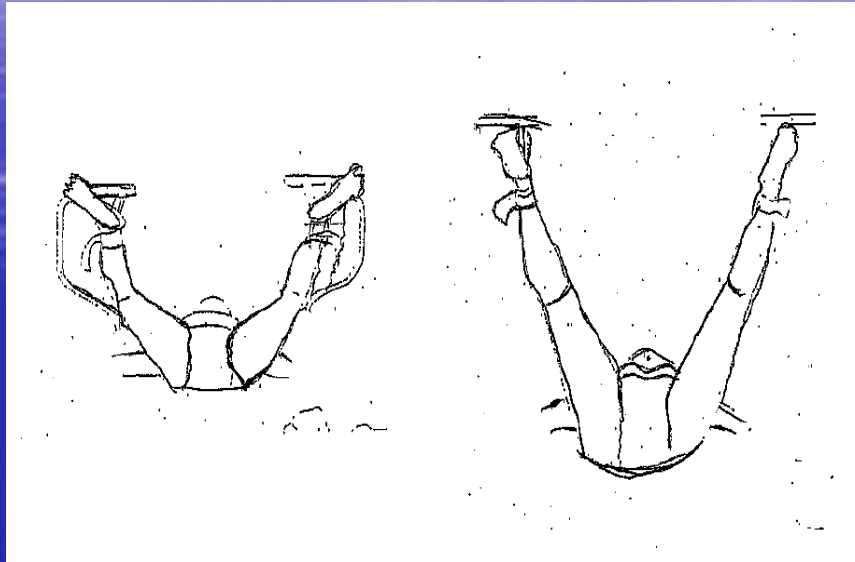
compressioni da archetto del **nervo peroneo comune**:
posizione non corretta.



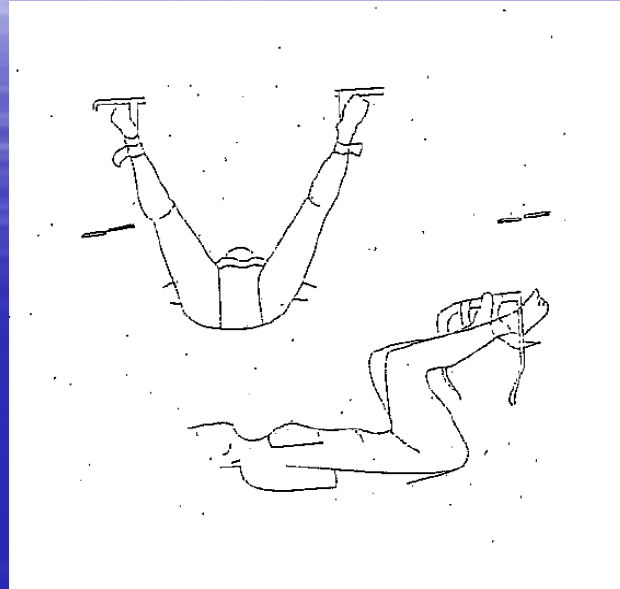
Atteggiamento cautelativo onde prevenire le compressioni da archetto del **nervo peroneo comune**.



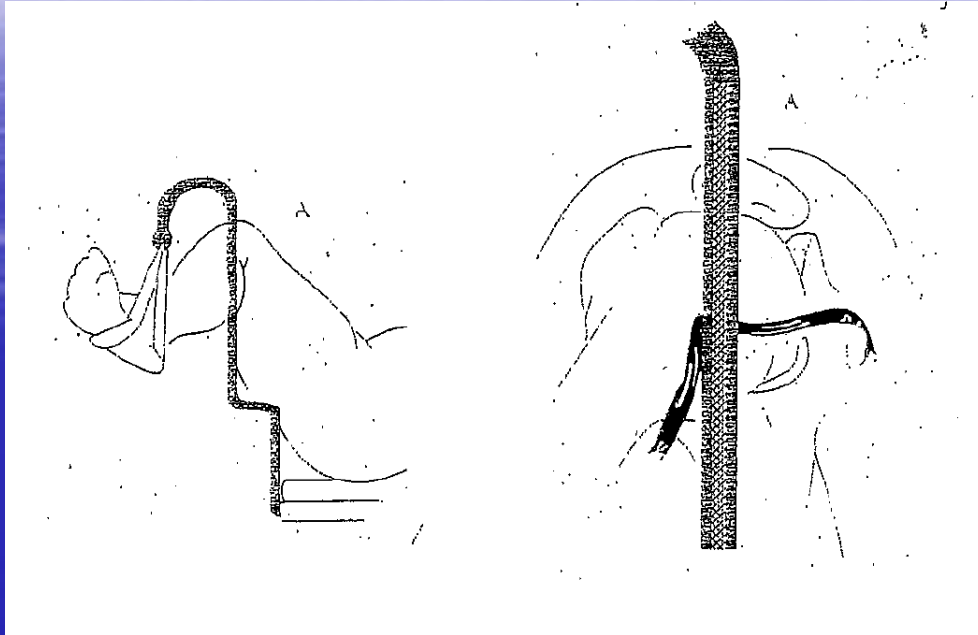
Compressione del **nervo peroneo** comune in
posizione laterale.



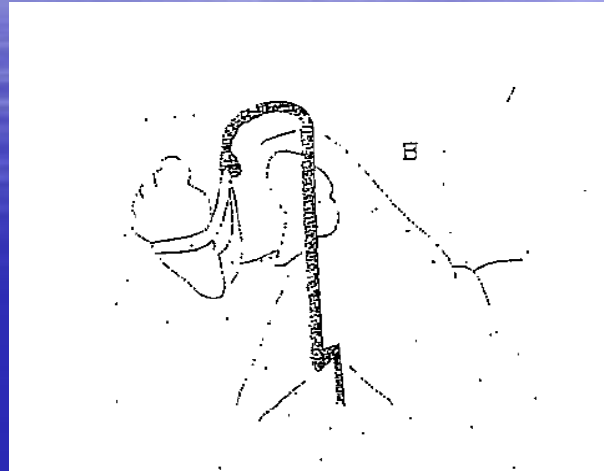
Stiramento del **nervo sciatico** causato da forte iperestensione della coscia in posizione litotomica



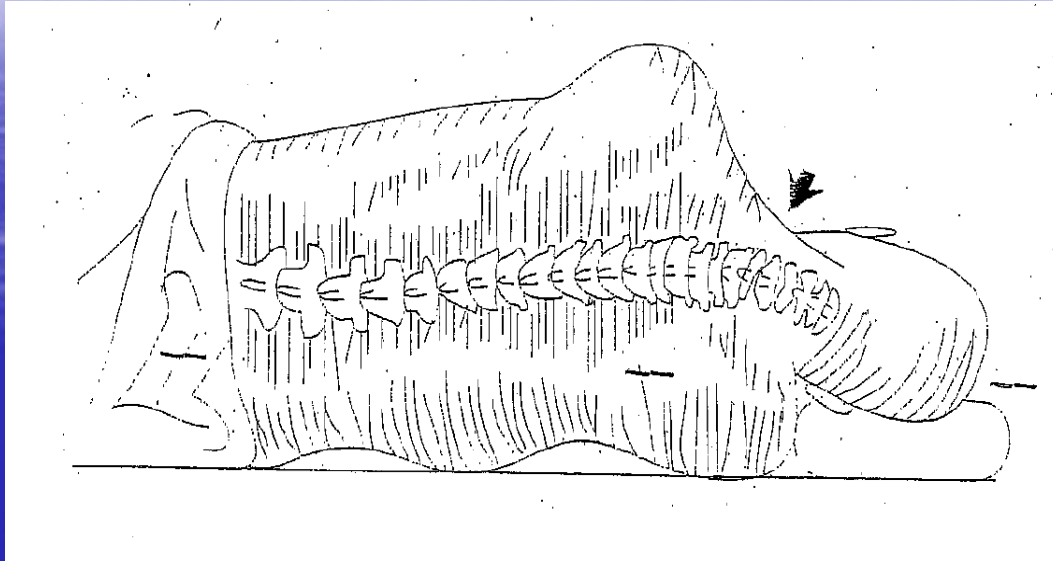
Atteggiamento corretto degli arti inferiori in posizione litotomica.



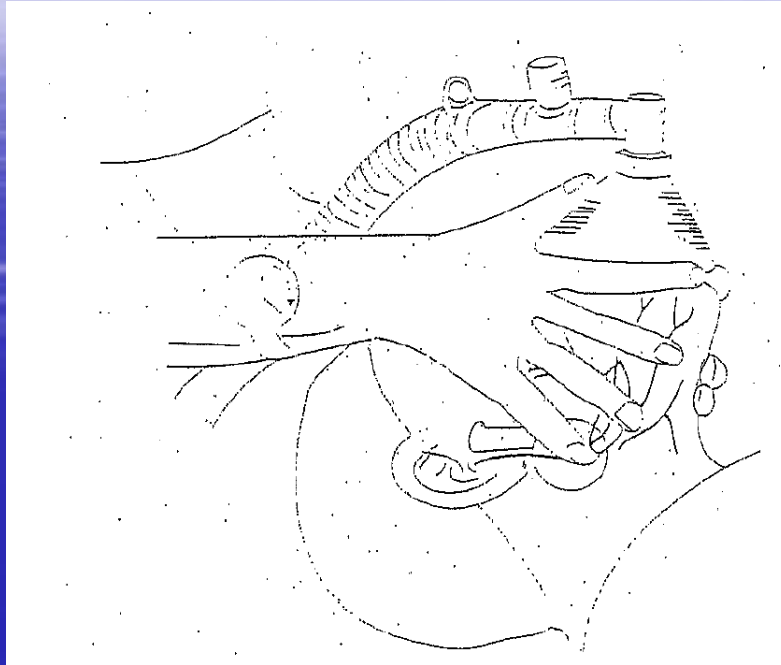
compressioni da archetto del **nervo peroneo comune**:
posizione non corretta.



Atteggiamento cautelativo onde
prevenire la compressione da
archetto del **nervo safeno**.



Trazione sul **plesso cervicale** da posizione non corretta della testa.



Compressione del **nervo facciale** sul ramo della mandibola causato dalle mani dell'anestesista.