



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica
Trabajo Final de Carrera

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito
Impact of surgical positions on the development of pressure injuries

Cecilia Andrea Romano

CeciliaAndrea.Romano@alumnos.uai.edu.ar

Diciembre 2025

Resumen

Introducción: El adecuado posicionamiento quirúrgico es un componente clave para evitar lesiones por decúbito y garantizar la seguridad del paciente. Su correcta realización exige atención técnica y un rol activo del instrumentador quirúrgico. **Objetivo:** Analizar el impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025. A quienes se le aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental. Muestreo no probabilístico y accidental. Método de recolección de datos, cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples. Aplicado a técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica distribuida a través de redes sociales. **Resultados:** El 36,7 % reportó que la comunicación del equipo quirúrgico sobre las medidas preventivas de posicionamiento se observa ocasionalmente, mientras que el 56,7 % indicó que muy frecuentemente se observa la correcta alineación del paciente según el procedimiento. **Conclusiones:** La conclusión destaca la importancia de planificar el posicionamiento quirúrgico y organizar el apoyo humano para garantizar seguridad y eficiencia en el quirófano.

Palabras claves: intervención quirúrgica; seguridad del paciente; lesiones por decúbito; prevenciones; dispositivos.

Abstract

Introduction: Proper surgical positioning is a key component in preventing pressure injuries and ensuring patient safety. Its correct execution requires technical attention and an active role for the surgical technologist. **Objective:** To analyze the impact of surgical positions on the development of pressure injuries, according to surgical technologists and graduates in December 2025. A self-administered online survey, distributed via social media, was administered to participants. **Materials and methods:** This was a qualitative, descriptive, prospective, cross-sectional, non-probabilistic, and convenience study. Non-probabilistic and convenience sampling was used. Data was collected using an anonymous, closed-ended, dichotomous, multiple-response questionnaire administered to surgical technologists and graduates via social media. **Results:** 36.7% reported that communication from the surgical team regarding preventive positioning measures is observed occasionally, while 56.7% indicated that correct patient alignment according to the procedure is observed very frequently. **Conclusions:** The conclusion highlights the importance of planning surgical positioning and organizing human support to ensure safety and efficiency in the operating room.

Keywords: surgical intervention; patient safety; pressure injuries; prevention; devices.

Tabla de contenido

Justificación.....	1
Planteamiento del problema de investigación	2
Objetivo general	3
Objetivos específicos.....	4
Marco teórico.....	5
Cuadro de operacionalización de variables.....	18
Instrumento de recolección de datos (Ver anexo N°2).....	22
Diseño metodológico.....	23
Plan de tabulaciones y análisis: realización de tabla de frecuencia y gráficos.	24
Análisis de resultados: tablas y gráficos.	25
Conclusión.....	49
Propuesta de mejora	51
Consideraciones Éticas	53
Referencias bibliografía:	54
Anexos:.....	56
Anexo 1: Cronograma de actividades.....	56
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	57
Anexo 3: Matriz de datos	62
Anexo 4: Propuesta de mejora	63

Justificación

Dentro de una intervención quirúrgica la posición del paciente cumple una función crítica en el desarrollo de la cirugía. Una correcta disposición del paciente facilita la visualización adecuada al sitio quirúrgico y optimiza el acceso a las vías venosas, arteriales y respiratorias, lo cual es esencial para la ejecución eficiente y segura de la cirugía. La falta de cuidados, atención y conocimiento por parte del personal de salud afectado a esta tarea puede desencadenar riesgos y consecuencias funcionales, incluso vitales.

Se conocerán las diferentes posiciones quirúrgicas que se ejecutan, junto al accionar del personal en lo que refiere a la adecuada colocación del paciente en posición y mitigar los efectos fisiológicos adversos y lesiones mecánicas. Asimismo, el uso adecuado de los insumos de protección que se emplean con el paciente para evitar la menor incidencia de lesiones por decúbito.

La investigación comprende que los profesionales técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica, quienes tienen un rol de importancia clave en la preparación y posicionamiento del paciente en el quirófano, se encuentren en formación continua en la prevención de complicaciones asociadas a la posición quirúrgica del paciente.

Espero que los hallazgos de esta búsqueda puedan favorecer la implementación de medidas que optimicen la protección del paciente y disminuyan la incidencia de lesiones por decúbito. Al mismo tiempo, deseo favorecer una mayor conciencia de la importancia del posicionamiento adecuado del paciente en el quirófano.

Planteamiento del problema de investigación

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025. A quienes se le aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Objetivo general

Analizar el impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

Objetivos específicos

Conocer los insumos que se utilizan para la protección del paciente.

Investigar las lesiones por decúbito generadas en el paciente.

Identificar las posiciones quirúrgicas.

Marco teórico

Dentro del área quirúrgica, la seguridad del paciente es un aspecto relevante en la atención sanitaria. Durante una intervención quirúrgica, el paciente se encuentra en una situación vulnerable muy alta, ya que la anestesia y la inmovilidad limitan su capacidad de sentir o comunicar molestias. En este contexto, una de las complicaciones más frecuentes y relevantes es la aparición de lesiones por decúbito o úlceras por presión, asociadas al tiempo prolongado en una misma posición y a la presión constante sobre ciertas zonas del cuerpo.

Elegir y aplicar correctamente las posiciones quirúrgicas es fundamental, no solo para garantizar un buen acceso al campo operatorio y facilitar la tarea del equipo, sino también para proteger la integridad física del paciente. Un posicionamiento incorrecto, especialmente si se mantiene por mucho tiempo, puede favorecer la aparición de lesiones y afectar las funciones fisiológicas básicas. Por ello, el uso de técnicas seguras de posicionamiento, la incorporación de dispositivos de protección adecuados y una evaluación individualizada antes de la cirugía son responsabilidades clave del equipo quirúrgico. En especial, el profesional en Instrumentación Quirúrgica, es quien tiene un rol activo en la prevención de estas complicaciones.

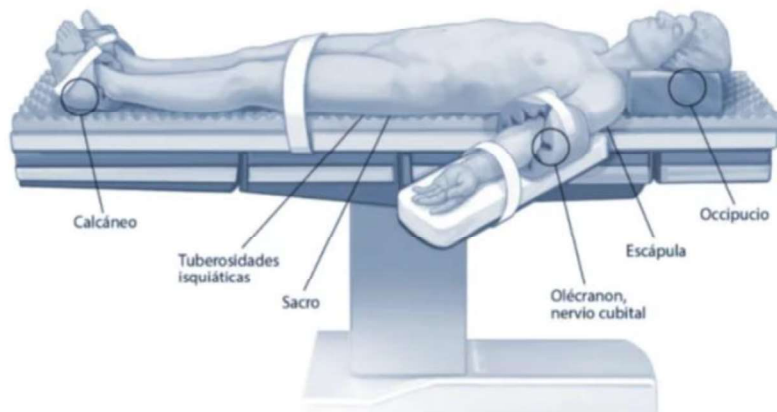
Según Fiallos-Chicaiza E. **(1)**, en su artículo sobre posiciones quirúrgicas, la elección de la postura del paciente depende de varios factores: el tipo de procedimiento, la zona anatómica a intervenir, el estado físico del paciente, su edad, peso y las recomendaciones del equipo médico.

A continuación, las posiciones quirúrgicas:

I. Decúbito dorsal (Supino)

De acuerdo con la Revista Sanitaria de la Investigación **(2)**, la posición de decúbito dorsal, también conocida como supina, es una de las más utilizadas en el entorno quirúrgico. Se emplea con frecuencia en intervenciones abdominales, torácicas, faciales, traumatológicas, ortopédicas y vasculares.

El paciente en posición se encuentra acostado sobre la espalda, con la cabeza y la columna alineadas. Los brazos pueden colocarse en abducción sobre apoyabrazos (en un ángulo recto con el cuerpo) o mantenerse a ambos lados del tronco, y se aseguran mediante el uso de dispositivos correctos. Las piernas permanecen extendidas, procurando que los pies no estén en contacto entre sí ni con los bordes de la camilla, para evitar puntos de presión.

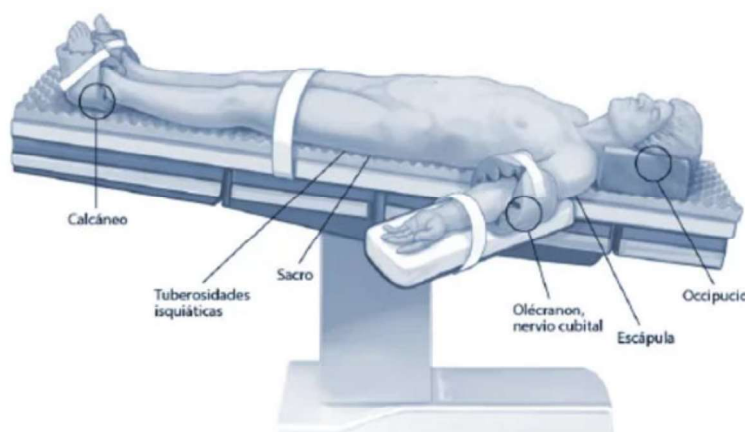


Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Salusplay (3) y Cuncay Cuncay MC (4), mencionan la importancia de prestar atención a las zonas del cuerpo donde se apoyan prominencias óseas, como el occipital, los omóplatos, codos, sacro y talones. Para reducir el riesgo de lesiones por presión prolongada, se recomienda el uso de almohadillas o dispositivos de apoyo diseñados específicamente para este fin.

II. Trendelenburg

Esta posición es una variante de decúbito dorsal, en la que la mesa quirúrgica se inclina para que la cabeza del paciente quede por debajo del nivel del corazón, mientras que las piernas se elevan. Esta inclinación permite que los órganos que se encuentran en el abdomen se desplacen hacia la cavidad torácica, lo cual facilita el acceso al abdomen inferior y a la pelvis.



Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

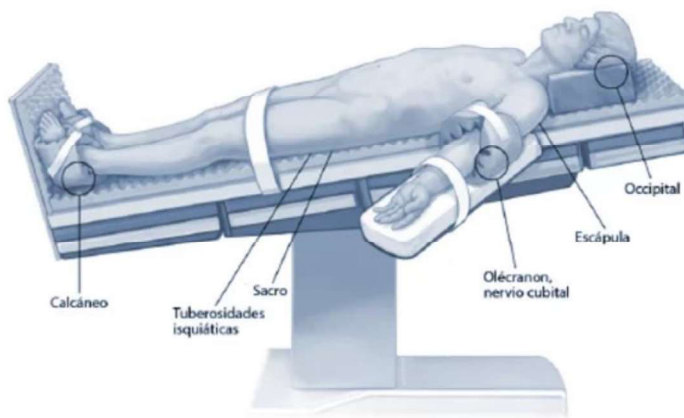
Suele utilizarse en cirugías ginecológicas, urológicas y en procedimientos que requieren una buena exposición de la región pélvica o el abdomen bajo.

Para garantizar la seguridad del paciente, es importante contar con sistemas de sujeción

adecuados que eviten deslizamientos durante la intervención. También se deben proteger cuidadosamente las zonas de apoyo del cuerpo, y estar atentos a posibles cambios en la respiración o en la función cardiovascular, sobre todo en pacientes con enfermedades preexistentes.

III. Trendelenburg invertida

Esta posición, también llamada Anti-Trendelenburg, es una variante del decúbito dorsal donde la mesa quirúrgica se inclina de modo que la cabeza del paciente queda por encima del nivel de los pies. Esto permite que los órganos abdominales se desplacen hacia la pelvis gracias a la gravedad, facilitando el acceso a las estructuras ubicadas en la parte superior del abdomen.



Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

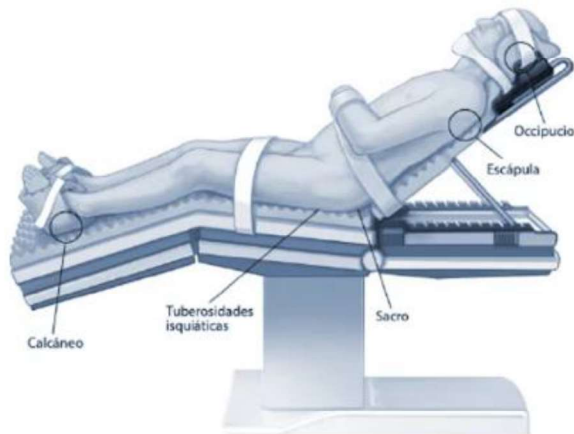
Esta postura se utiliza comúnmente en cirugías del abdomen superior, como las hepáticas, gástricas, esofágicas y laparoscópicas, además de en intervenciones en la cabeza y el cuello.

Entre los cuidados más importantes se encuentra: asegurar que el paciente esté bien sujeto para evitar que se deslice hacia los pies, y proteger las zonas del cuerpo que quedan apoyadas para prevenir lesiones.

IV. Fowler o elevación cefálica

Esta posición consiste en colocar al paciente acostado boca arriba (en decúbito supino), con la cabecera de la cama elevada entre 45° y 60°, lo que permite que se adopte una postura semisentada. Las piernas pueden mantenerse ligeramente flexionadas o extendidas, según el nivel de inclinación y las necesidades clínicas.

Es una postura utilizada con frecuencia en pacientes que requieren cuidados respiratorios, durante el periodo postoperatorio, al momento de alimentarse por vía oral o en personas con dificultad respiratoria o enfermedades cardíacas.



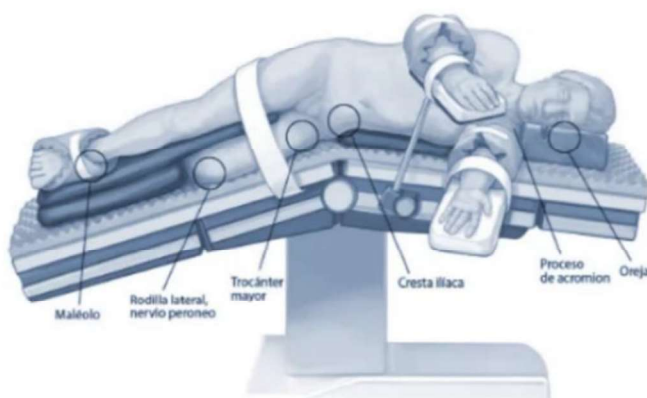
Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Si se mantiene por tiempo prolongado, esta posición puede generar puntos de presión en áreas como el sacro, las escápulas o los talones, lo que aumenta el riesgo de desarrollar úlceras por presión. También puede provocar incomodidad muscular o dificultades circulatorias si no se cuida la alineación corporal o no se utilizan los apoyos necesarios.

Para evitar complicaciones, es fundamental verificar que el cuerpo esté bien alineado, colocar almohadas o cojines en zonas como la región lumbar, los codos y los talones, y realizar cambios posturales con regularidad. También se recomienda asegurar un buen apoyo para los pies y evitar que el cuello quede en una posición forzada o incómoda.

V. Decúbito lateral de Sims

Esta posición también conocida como decúbito lateral, consiste en colocar al paciente de lado, apoyado sobre un costado del cuerpo. En esta postura, la pierna inferior se mantiene extendida, mientras que la pierna superior se flexiona hacia el abdomen. Es una posición comúnmente utilizada en procedimientos proctológicos, exploraciones rectales, endoscopías digestivas bajas y algunas intervenciones renales.



Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

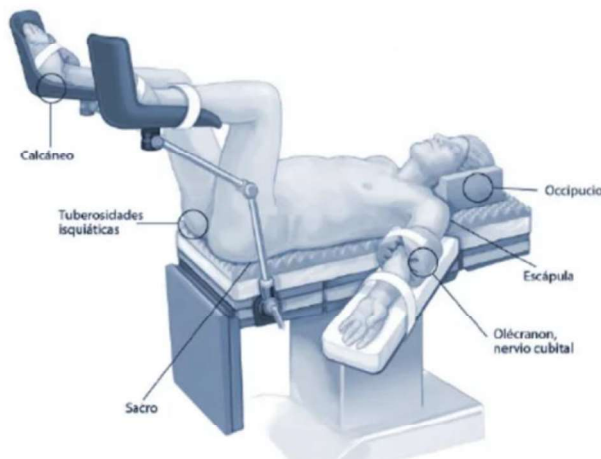
Dado que el peso corporal no se distribuye de manera uniforme, la presión tiende a concentrarse en zonas como el hombro, la cadera, el costado del tórax y la rodilla de apoyo. Esto

incrementa el riesgo de lesiones por presión si no se toman las precauciones necesarias.

Para prevenir estas complicaciones, es esencial mantener una buena alineación del cuerpo, utilizar dispositivos de apoyo que alivien la presión en los puntos de contacto, y hacer ajustes en la posición cuando sea posible para redistribuir el peso de forma segura.

VI. Litotomía

Esta posición también llamada ginecología o dorso sacra, como menciona Fuller (5), consiste en colocar al paciente en decúbito dorsal, con las piernas elevadas, flexionadas y separadas, apoyadas en perneras quirúrgicas acolchadas, generalmente a la altura de las pantorrillas o los tobillos, dependiendo de la técnica utilizada. Es una postura comúnmente empleada en procedimientos ginecológicos, obstétricos, urológicos y proctológicos.



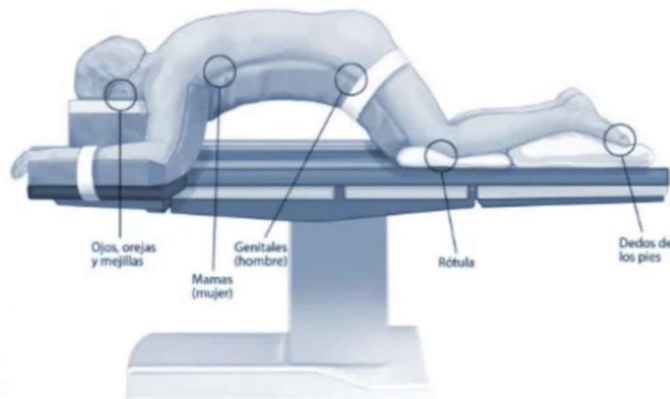
Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Cuando esta posición se mantiene durante períodos prolongados, puede generar presión en zonas como el sacro, los glúteos y las pantorrillas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar lesiones por decúbito en esas áreas. Además, la flexión forzada de caderas y rodillas, especialmente si no se proporciona un soporte adecuado, puede favorecer la aparición de lesiones nerviosas.

Para evitar estas complicaciones, es esencial asegurar un posicionamiento simétrico, utilizar dispositivos de apoyo anatómicos que distribuyan la presión de forma adecuada y mantener la correcta alineación de las extremidades durante todo el procedimiento.

VII. Decúbito ventral o prono

Conocida como prono, esta posición, consiste en colocar al paciente boca abajo, con el torso apoyado sobre la mesa quirúrgica y la cabeza girada hacia un lado o sostenida con soportes especiales. Es una postura utilizada principalmente en intervenciones sobre la columna vertebral, el recto y la región sacra.



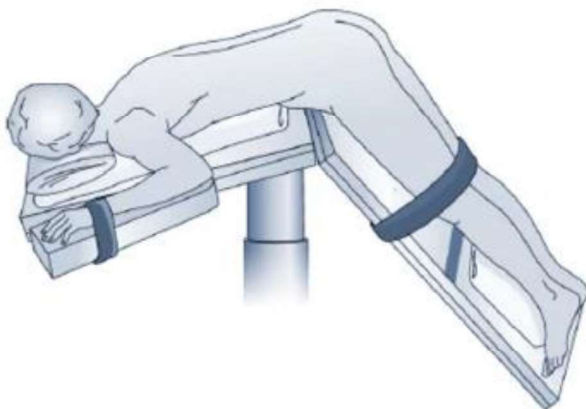
Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Dado que esta posición implica múltiples puntos de contacto con superficies rígidas, requiere cuidados específicos para prevenir lesiones por presión en zonas sensibles como la frente, el mentón, el tórax, los genitales, las crestas ilíacas, las rodillas y los empeines.

Para garantizar la seguridad del paciente, es fundamental utilizar apoyos anatómicos adecuados, asegurar correctamente las extremidades con sistemas de sujeción apropiados, y mantener una supervisión constante durante todo el procedimiento. Estas medidas ayudan a reducir el riesgo de complicaciones derivadas de la permanencia prolongada en esta posición.

VIII. Posición en navaja o Jackknife

Esta posición también llamada Jackknife, consiste en colocar al paciente en decúbito prono o dorsal —según el tipo de intervención— con el cuerpo flexionado a nivel de la cadera, de forma que el torso y las piernas formen un ángulo inclinado hacia abajo, elevando la región glútea. Se emplea principalmente en cirugías colorrectales, anorrectales, así como en algunos procedimientos urológicos y ginecológicos.



Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Debido a la inclinación marcada y al punto de flexión en la cadera, esta posición puede generar presión significativa en zonas como la cara, el tórax, las rodillas y la región pélvica. También

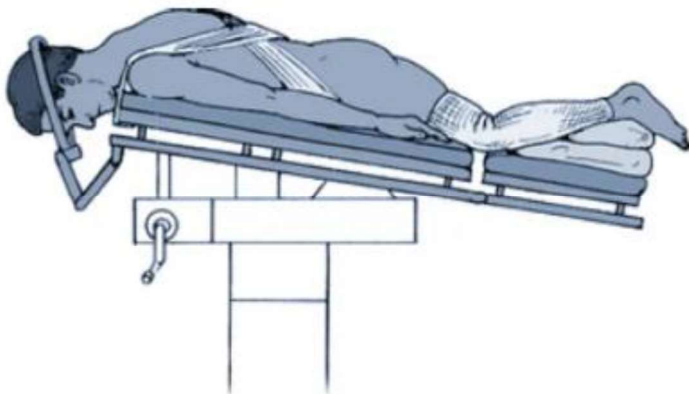
aumenta el riesgo de lesiones nerviosas, en particular en nervios como el femoral, peroneo o braquial, si no se proporcionan los apoyos adecuados. Además, puede afectar la ventilación y dificultar el retorno venoso, especialmente en pacientes con enfermedades respiratorias o cardiovasculares.

Para prevenir complicaciones, es clave usar soportes acolchados en todos los puntos de contacto, evitar presiones directas sobre estructuras óseas o nerviosas, y asegurar una correcta alineación del cuerpo. También se recomienda una monitorización constante de los signos vitales y limitar el tiempo en esta posición siempre que sea posible.

IX. Posición Laminectomía

Posición empleada principalmente en cirugías de columna vertebral, especialmente a nivel lumbar, torácico o cervical. El paciente se coloca en decúbito prono (boca abajo), con la cabeza, el tórax, el abdomen y las extremidades inferiores bien alineados, apoyados sobre dispositivos especiales que mantienen la columna en posición neutral y estable, mientras se evita la compresión abdominal.

Al tratarse de una posición prolongada, existe riesgo de presión excesiva en zonas como la frente, el mentón, el tórax, las crestas ilíacas, las rodillas y los empeines, lo que puede provocar lesiones por presión o incluso complicaciones nerviosas y vasculares si no se usan los apoyos adecuados. Una mala colocación también puede generar dificultad respiratoria o aumentar la presión intraabdominal, afectando el retorno venoso y la estabilidad hemodinámica del paciente.



Fuente: Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: [Posiciones para intervenciones quirúrgicas - Bimedica](#)

Para evitar estas complicaciones, es esencial emplear soportes acolchados anatómicos, alinear correctamente la cabeza con la columna, proteger los ojos y las vías respiratorias, y mantener el abdomen libre de presión utilizando dispositivos que eleven el tórax y la pelvis. Además, se recomienda vigilar periódicamente la integridad de la piel y los puntos de presión antes, durante y después de la intervención.

Aunque algunos factores vinculados a la aparición de lesiones por decúbito ya fueron tratados al describir las distintas posiciones quirúrgicas, es importante considerar esta variable de

forma integral, debido a su impacto en la seguridad del paciente durante el acto quirúrgico. Las lesiones por decúbito, también conocidas como úlceras por presión, son áreas de daño tisular ocasionadas por la presión sostenida sobre zonas anatómicas específicas, lo cual compromete la circulación local y puede generar complicaciones en el postoperatorio.

Estas lesiones, en el ámbito del quirófano, se relacionan con la duración del procedimiento y con la calidad del posicionamiento brindado al paciente sobre la mesa operatoria. Según Fiallos-Chicaiza E. (6) y la Revista Sanitaria de la Investigación (7), las complicaciones más frecuentes derivadas de un mal posicionamiento incluyen el dolor, el daño en la piel y las úlceras por presión. Prevenir las requiere una intervención coordinada por parte del equipo quirúrgico, comenzando con una adecuada selección de la postura según el tipo de cirugía, el uso de dispositivos de apoyo, y la vigilancia continua durante el procedimiento.

Comprender las zonas anatómicas de mayor riesgo en cada tipo de posición permite anticiparse a estas complicaciones. Estrategias como el uso de superficies especiales para redistribuir la presión, el alineamiento corporal preciso y la reducción del tiempo en una misma postura resultan fundamentales. Desde el rol específico de la instrumentadora quirúrgica, la valoración preoperatoria, la asistencia en el posicionamiento y la implementación de medidas preventivas concretas son acciones esenciales que contribuyen significativamente a la seguridad y bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico.

De acuerdo con Fuller (8), la instrumentadora quirúrgica debe poseer conocimiento preciso sobre las posiciones operatorias estándar y su indicación según el tipo de procedimiento. Le corresponde verificar anticipadamente la posición requerida, aplicar protocolos que minimicen riesgos de lesiones, identificar y reportar cualquier factor que comprometa la seguridad del paciente, mantener una vigilancia constante durante el posicionamiento y asegurar una comunicación clara y efectiva con el equipo quirúrgico.

Para garantizar un posicionamiento seguro, es fundamental que la instrumentadora integre conocimientos de anatomía, fisiología y patología específica del paciente. Esta tarea no debe abordarse como una rutina estandarizada, ya que cada paciente presenta características individuales —como edad, movilidad articular o comorbilidades— que requieren una planificación específica. Este proceso requiere una planificación detallada y supervisión continua para prevenir complicaciones severas o irreversibles.

Las lesiones asociadas a una mala colocación acostumbran estar vinculadas a la compresión prolongada de estructuras vasculares o nerviosas, y frecuentemente se deben a errores en el uso de dispositivos de posicionamiento, falta de atención a detalles críticos, sobrecarga de la programación quirúrgica y escasez de personal de apoyo. Se ha podido observar en la práctica que, además del

conocimiento técnico, es necesaria una actitud participativa y atenta durante todo el acto quirúrgico, especialmente en lo que respecta al posicionamiento del paciente, ya que de ello depende en gran parte la prevención de lesiones por presión y otras complicaciones.

También deben contemplarse variables fisiológicas relevantes, como la amplitud articular, el riesgo de compromiso respiratorio y las alteraciones en la distribución de los líquidos intravasculares. Esta información, al ser considerada de forma individualizada, permite adaptar las estrategias de posicionamiento y mejorar la seguridad del paciente.

Desde una perspectiva clínica más amplia, Fiallos Chicaiza destaca que las complicaciones postoperatorias derivadas del posicionamiento varían según el tipo de procedimiento. Las más frecuentes en el periodo inmediato incluyen enrojecimiento o lesiones cutáneas leves; sin embargo, también pueden presentarse complicaciones más severas, como lesiones del nervio cubital o del plexo braquial, trastornos hemodinámicos, pérdida visual perioperatoria y úlceras por presión.

El equipo quirúrgico tiene la responsabilidad de garantizar la correcta exposición del campo operatorio sin descuidar la alineación corporal y la protección de zonas vulnerables. Para ello, se requiere la evaluación constante de los puntos de presión, el uso de elementos como cojines o soportes acolchados y el adecuado posicionamiento de las extremidades para prevenir lesiones.

Según la misma autora, todo paciente sometido a cirugía corre el riesgo de desarrollar lesiones por presión, lo que hace imprescindible una valoración individual del riesgo. Esto implica considerar factores extrínsecos —como la duración de la intervención o la superficie de apoyo— e intrínsecos —como la edad, el estado nutricional o patologías preexistentes—. El mantenimiento prolongado de una misma posición, especialmente sobre mesas quirúrgicas rígidas, favorece la aparición de estas lesiones en prominencias óseas.

En esta misma línea, García Fernández, Soldevilla Ágreda y Torra i Bou (9) identifican tres fases clave del proceso quirúrgico: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. En esta última etapa, señalan que las lesiones por presión no siempre se evidencian de forma inmediata. Aquellas que se desarrollan en tejidos profundos pueden tardar hasta cinco días en manifestarse clínicamente, lo que dificulta su diagnóstico temprano. Esta latencia refuerza la necesidad de una atención cuidadosa al posicionamiento y a la duración del procedimiento, como factores decisivos en la prevención de complicaciones postoperatorias.

Para comprender con mayor profundidad la evolución y gravedad de estas lesiones, se utiliza una clasificación clínica basada en el grado de daño tisular, ampliamente difundida en el ámbito quirúrgico. Fuller (10) presenta esta clasificación en cuatro estadios, la cual permite identificar el nivel de compromiso anatómico y orientar tanto la prevención como la intervención terapéutica según cada caso. A continuación, se detalla dicha clasificación:

Tabla X. Clasificación de las lesiones por compresión y estadios de las úlceras por decúbito	
Estadio	Descripción
Estadio I	Eritema que no se blanquea con la presión, con piel intacta. Es precursor de la ulceración. Puede esperarse hiperemia reactiva durante un tiempo posterior a la presión.
Estadio II	Pérdida parcial del espesor de la piel, afectando epidermis y/o dermis. Se presenta como úlcera superficial, abrasión, ampolla o cráter poco profundo.
Estadio III	Pérdida total del espesor de la piel con daño o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la aponeurosis subyacente (pero sin comprometerla completamente). Puede tener cavitación.
Estadio IV	Pérdida total del espesor de la piel con exposición de músculo, hueso o estructuras de soporte. Puede haber necrosis extensa, fistulas y túneles subcutáneos.

Fuente: Adaptado de Fuller JR. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. 5ª ed. Madrid.

Panamericana, 2010

Lesiones en zonas de presión

El posicionamiento del paciente en quirófano, según National Library of Medicine, además de permitir el acceso quirúrgico adecuado, implica una responsabilidad directa en la prevención de lesiones por presión y cizallamiento. Las diferentes posiciones quirúrgicas conllevan puntos de apoyo específicos sobre superficies rígidas, que, si no son protegidos adecuadamente, pueden provocar daño tisular.

Desde el rol de la instrumentadora quirúrgica, conocer los puntos críticos de cada posición permite anticipar riesgos y aplicar medidas preventivas, tales como el uso de acolchados, cambios de apoyo y una correcta alineación corporal.

A continuación, se describen las posiciones más frecuentes en cirugía y sus principales zonas de riesgo:

- Decúbito supino o dorsal: Presión en occipital, escápulas, codo, sacro y talones (maléolos lateral y medial).
- Decúbito prono o ventral: Presión sobre frente, codo, tórax, crestas ilíacas, rodillas (cóndilos tibiales, epicóndilos femorales) y dedos del pie.
- Trendelenburg: similares al supino. Pero con presión aumentada en hombros, cabeza y sacro por la inclinación.
- Trendelenburg invertido: desplazamiento hacia los pies con presión en talones y omóplatos.

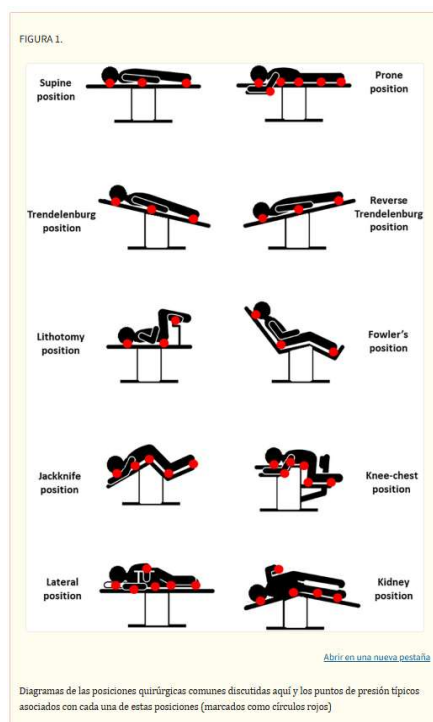
- Litotomía: presión en sacro con parte anterior de los glúteos, pantorrillas y talones.
- Fowler o elevación cefálica: presión en glúteos, codos, región escapular, sacro y talones.
- Lateral de Sims: riesgo en oído, globo ocular (párpado cerrado), oreja plana, costillas, trocánter mayor, rodilla contralateral y maléolos.
- Navaja o Jackknife: puntos de presión en frente, mentón, ojos, nariz, región torácica anterior (senos), pelvis, genitales, rodillas.
- Kidney: similar al lateral, con presión acentuada en flanco, cadera y hombros.

Nota: la posición de riñón, si bien no fue abordada en la sección inicial, se incluye aquí por su relevancia en relación con los puntos de presión específicos que genera.

Estas áreas anatómicas requieren especial protección, sobre todo en cirugías prolongadas, en pacientes con comorbilidades o en adultos mayores.

Es fundamental prestar atención desde el inicio al posicionamiento, implementando medidas simples como el uso adecuado de acolchados, una supervisión constante y una comunicación fluida dentro del equipo quirúrgico, para contribuir a la prevención de complicaciones por presión.

La aplicación constante de estas acciones es clave para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante el acto quirúrgico. Con el fin de visualizar de forma clara las zonas más vulnerables durante el posicionamiento quirúrgico, se presenta a continuación un esquema gráfico con las posiciones más utilizadas y sus respectivos puntos de presión, indicados en color rojo.



Fuente: National Library of Medicine. Información biomecánica y clínica crítica sobre la protección de los tejidos al colocar a los pacientes en el quirófano: una revisión exploratoria. [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: [Información biomecánica y clínica crítica sobre la protección de los tejidos al posicionar a los pacientes en el quirófano: una revisión exploratoria - PMC](#)

Dispositivos de posicionamiento quirúrgico

Los dispositivos de posicionamiento quirúrgico constituyen un conjunto de soportes anatómicos diseñados para garantizar la alineación corporal, distribuir las presiones y estabilizar al paciente durante los distintos procedimientos. En el material gráfico se observan posicionadores reutilizables de gel médico, cuya composición viscoelástica permite absorber y redistribuir las cargas, reduciendo significativamente el riesgo de lesiones por presión, neuropatías periféricas y compromiso vascular.

Estos dispositivos incluyen almohadillas modulares de diferentes geometrías (circulares, rectangulares, en cuña, en herradura y anatómicas), adaptadas para proteger prominencias óseas como talones, codos, sacro, occipucio y crestas ilíacas. Su uso es fundamental en cirugías prolongadas o en pacientes con factores de riesgo como obesidad, fragilidad cutánea o limitación de movilidad. (11)

Asimismo, se observan sistemas completos de posicionamiento para algunas posiciones quirúrgicas anteriormente mencionadas:

- **Decúbito dorsal:** soportes para cabeza, brazos y piernas, diseñados para mantener una alineación neutra y evitar hiperextensiones articulares.
- **Decúbito prono:** almohadillas torácicas, pélvicas y faciales que permiten liberar presión sobre abdomen y vías respiratorias, favoreciendo la estabilidad global.
- **Decúbito lateral:** bloques estabilizadores laterales, apoyos axilares y sujeciones que previenen rotaciones o colapsos hacia la mesa quirúrgica.
- **Litotomía:** soportes acolchados para miembros inferiores que distribuyen presión y minimizan la tracción del nervio femoral y la compresión vascular.

Estos componentes se emplean en conjunto con sistemas antideslizantes, protectores específicos para extremidades superiores e inferiores y fijaciones adaptadas a la mesa quirúrgica. Además de mejorar la seguridad del paciente, favorecen la ergonomía del equipo quirúrgico, reduciendo la necesidad de soporte manual y la carga biomecánica durante las maniobras de posicionamiento.

En síntesis, los posicionadores quirúrgicos constituyen un recurso

indispensable para asegurar una correcta alineación corporal, disminuir el riesgo de lesiones y estandarizar el posicionamiento intraoperatorio, permitiendo realizar procedimientos más seguros tanto para el paciente como para el personal.



Fuente: Posicionadores quirúrgicos. Distrauma Medical [Internet].

<https://www.distraumamedical.com/producto/posicionadores-reutilizables-trulife/#product-form>

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categoría
Edad				21 – 30 años. 31 – 40 años. 41 – 50 años. Más de 51 años.
Sexo				Femenino. Masculino.
Antigüedad				De 1 a 5 años. De 6 a 10 años. Más de 11 años.
Nivel Académico				Técnica en Instrumentación Quirúrgica. Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.
Lesiones por decúbito / úlceras por presión (A los fines de este cuestionario, se utilizarán indistintamente los términos “lesiones por decúbito” y “úlceras por presión”)	National Library of Medicine (2023): Lesiones localizadas de la piel y los tejidos blandos que se forman como resultado de la presión y el esfuerzo prolongados, generalmente ejercidos sobre las prominencias óseas.	Percepción del riesgo de lesiones por decúbito en el contexto quirúrgico.	Frecuencia en que usted considera que las lesiones por decúbito representan un riesgo importante en las cirugías.	Muy frecuentemente considero. Frecuentemente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.
			Frecuencia en que usted considera que su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías.	Muy frecuentemente considero. Frecuentemente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito

			Frecuencia en que usted considera que el tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbito.	Muy frecuentemente considero. Frecuentemente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.
		Estadios de las lesiones por decúbito.	Frecuencia en que usted ha identificado pacientes con lesiones por decúbito.	Muy frecuentemente identifico. Frecuentemente identifico. Ocasionalmente identifico. Nunca identifico.
			¿Considera usted importante conocer los estadios de las lesiones por decúbito?	Muy importante. Importante. Moderadamente importante. De poca importancia.
			¿Usted está de acuerdo que las lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía?	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
		Prácticas preventivas intraoperatorias para evitar las lesiones por decúbito.	¿Qué nivel de importancia usted le asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía?	Muy importante. Importante. Moderadamente importante. De poca importancia.
			¿Qué nivel de importancia usted asigna al cambio de	Muy importante. Importante. Moderadamente importante.

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito

			posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito?	De poca importancia.
			¿Qué nivel de importancia le asigna usted a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente?	Muy importante. Importante. Moderadamente importante. De poca importancia.
Posición quirúrgica	Fuller: Reducir al mínimo los efectos fisiológicos adversos y lesiones mecánicas, permitiendo al mismo tiempo el acceso óptimo al sitio operatorio.	Comunicación intraquirúrgica.	Frecuencia en que usted participa activamente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente.	Muy frecuentemente participo. Frecuentemente participo. Ocasionalmente participo. Nunca participo.
			¿Está usted de acuerdo, en que la falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito?	Totalmente de acuerdo. De acuerdo. En desacuerdo. Totalmente en desacuerdo.
			Durante su experiencia profesional, frecuencia en que usted ha observado que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas	Muy frecuentemente observado. Frecuentemente observado. Ocasionalmente observado. Nunca observado.

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito

			preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente.	
		Verificación de la posición quirúrgica del paciente.	Frecuencia en que usted realiza personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía.	Muy frecuentemente lo realizo. Frecuentemente lo realizo. Ocasionalmente lo realizo. Nunca lo realizo.
			Frecuencia en que usted verifica que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar.	Muy frecuentemente verifico. Frecuentemente verifico. Ocasionalmente verifico. Nunca verifico.
			¿Considera usted que el quirófano cuenta con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía?	Casi siempre considero. Usualmente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.
Insumos utilizados para protección del paciente durante la cirugía	Manual MSD: Materiales o dispositivos que se utilizan para prevenir y curar úlceras por presión durante y después de la intervención quirúrgica.	Disponibilidad de insumos preventivos.	¿Considera usted que en el área quirúrgica se dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente?	Casi siempre se dispone. Usualmente se dispone. Ocasionalmente se dispone. Nunca se dispone.
			Durante su experiencia profesional ¿Usted ha	Casi siempre he tenido que improvisar.

Impacto de las posiciones quirúrgicas en el desarrollo de las lesiones por decúbito

			tenido que improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía?	Usualmente he tenido que improvisar. Ocasionalmente he tenido que improvisar. Nunca he tenido que improvisar.
		Frecuencia de uso en cirugías específicas.	Durante cirugías de artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza usted insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?	Casi siempre utilizo. Usualmente utilizo. Ocasionalmente utilizo. Nunca utilizo.
			¿Durante las cirugías, considera que se emplean habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo?	Casi siempre considero. Usualmente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.
			¿Considera usted que se tiene en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente?	Casi siempre considero. Usualmente considero. Ocasionalmente considero. Nunca considero.

Instrumento de recolección de datos (Ver anexo N°2)

Diseño metodológico

Tipo de estudio: de enfoque cualitativo, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico y accidental.

Área de estudio: técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025. A quienes se le aplicó una encuesta autoadministrada en línea, distribuida a través de redes sociales.

Universo: técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025 pertenecientes a una red social cerrada.

Muestra: 30 técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025 pertenecientes a una red social cerrada.

Unidad de análisis: cada uno de los 30 los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025 pertenecientes a una red social cerrada.

Criterios de inclusión: técnicos de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025 pertenecientes a una red social cerrada, que aceptaron participar de esta investigación.

Licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025 pertenecientes a una red social cerrada, que aceptaron participar de esta investigación.

Criterios de exclusión: jefes de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de la red social.

Personal de servicios generales de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de la red social.

Médicos cirujanos de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de la red social.

Médicos anestesiólogos de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de la red social.

Técnicos en anestesia de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de

la red social.

Técnicos en imágenes de quirófano que no pertenecen al grupo cerrado de la red social.

Muestreo: no probabilístico y accidental.

Método de recolección de datos: cuestionario anónimo, cerrado, dicotómico y de respuestas múltiples.

Plan de tabulaciones y análisis: realización de tabla de frecuencia y gráficos.

Análisis de resultados: tablas y gráficos.

Tabla N°1: distribución de frecuencia de edad, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

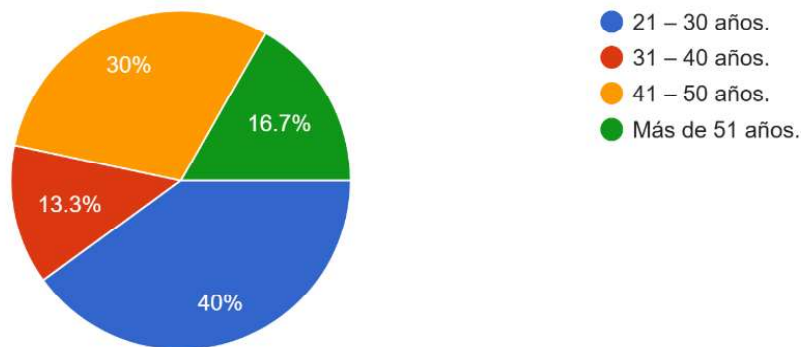
Edad	Cantidad	f	F_1
21-30 años	12	12	0,4
31-40 años	4	4	0,1333
41-50 años	9	9	0,3
51 o más años	5	5	0,1667
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°1: distribución de porcentajes de edad, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

1- Edad

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 40% tiene entre 21 y 30 años, el 30% entre 41 y 50 años, el 16,7% más de 51 años y el 13,3% se encuentra entre los 31 y 40 años.

Tabla N°2: distribución de frecuencia de sexo, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

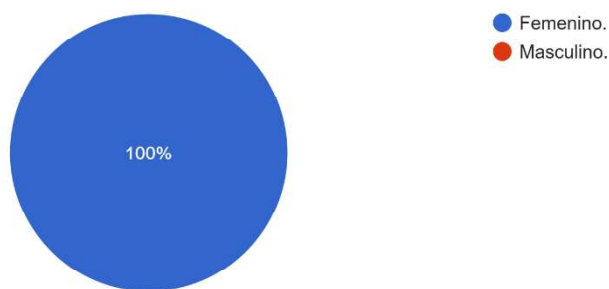
Sexo	Cantidad	f	F_1
Femenino	30	30	1
Masculino	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°2: distribución de porcentajes de sexo, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

2- Sexo

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 100% respondió ser de sexo femenino.

Tabla N°3: distribución de frecuencia de antigüedad, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

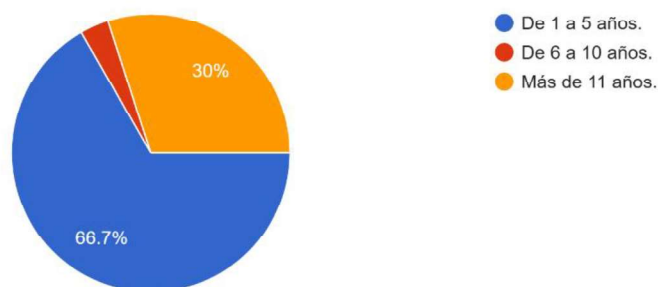
Antigüedad	Cantidad	f	F_1
1 a 5 años	20	20	0,6667
6-10 años	1	1	0,0333
Más de 11 años	9	9	0,3
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°3: distribución de porcentajes de antigüedad, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

3- Antigüedad

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 66,7% indicó tener una antigüedad laboral de 1 a 5 años, el 30% más de 11 años, y el 3,3% entre 6 y 10 años.

Tabla N°4: distribución de frecuencia de nivel académico, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

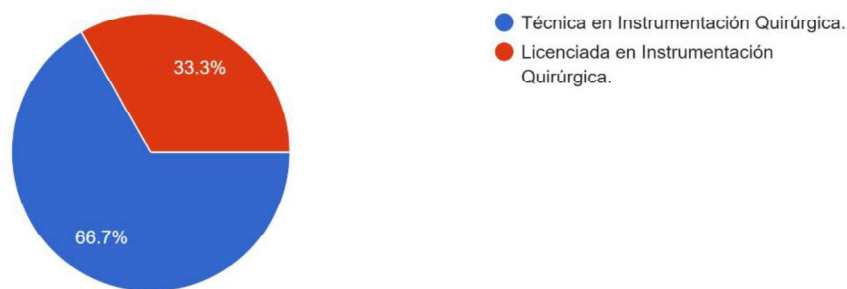
Nivel académico	Cantidad	f	F_1
Técnica en Instrumentación Quirúrgica	20	20	0,6667
Licenciada en Instrumentación Quirúrgica	10	10	0,3333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°4: distribución de porcentajes de nivel académico, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

4- Nivel Académico

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 66,7% indicó poseer el título de Técnica en Instrumentación Quirúrgica, mientras que el 33,3% corresponde a Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.

Tabla N°5: distribución de frecuencia de lesiones por decúbito que representan un riesgo importante en las cirugías, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

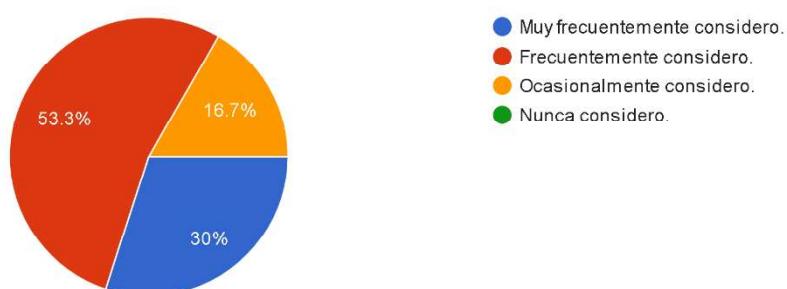
Lesiones por decúbito que representan un riesgo importante en las cirugías	Cantidad	f	F_1
Muy frecuentemente	9	9	0,3
Frecuentemente	16	16	0,5333
Ocasionalmente	5	5	0,1667
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°5: distribución de porcentajes de lesiones por decúbito que representan un riesgo importante en las cirugías, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

5- Frecuencia en que usted considera que las lesiones por decúbito representan un riesgo importante en las cirugías.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 53,3% indicó que frecuentemente considera que las lesiones por decúbito representan un riesgo importante en las cirugías, el 30% manifestó que esto ocurre muy frecuentemente, mientras que el 16,7% señaló que lo percibe ocasionalmente.

Tabla N°6: distribución de frecuencia de su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

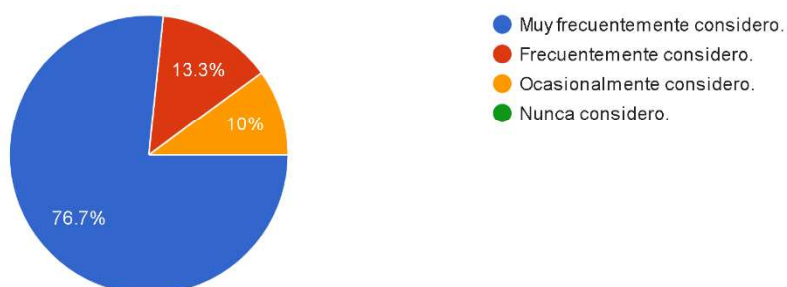
Su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías	Cantidad	f	F_I
Muy frecuentemente	23	23	0,7667
Frecuentemente	4	4	0,1333
Ocasionalmente	3	3	0,1
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°6: distribución de porcentajes de su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

6- Frecuencia en que usted considera que su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 76,7% indicó que muy frecuentemente considera que su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías; el 13,3% manifestó frecuentemente y el 10% señaló ocasionalmente.

Tabla N°7: distribución de frecuencia de tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbitos, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

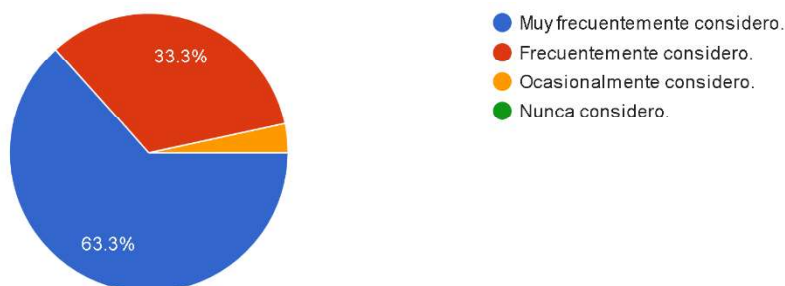
Tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbitos	Cantidad	f	F_I
Muy frecuentemente	19	19	0,6333
Frecuentemente	10	10	0,3333
Ocasionalmente	1	1	0,0334
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°7: distribución de porcentajes de tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbitos, según los técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada, en diciembre 2025.

7- Frecuencia en que usted considera que el tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbito.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 63,3% indicó que muy frecuentemente considera que el tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbito, el 33,3% manifestó frecuentemente y el 3,4% señaló ocasionalmente.

Tabla N°8: distribución de frecuencias de identificar pacientes con lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025

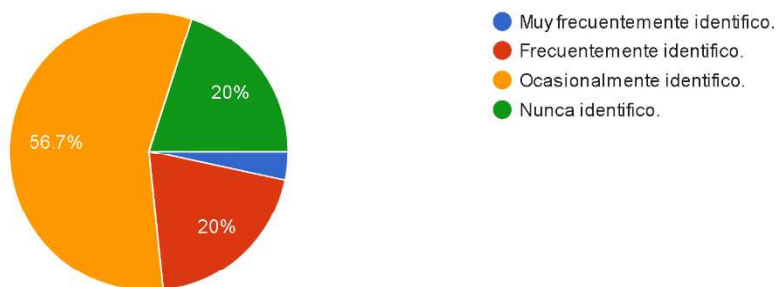
Ha identificado pacientes con lesiones por decúbito	Cantidad	f	f_i
Muy frecuentemente	1	1	0,0333
Frecuentemente	6	6	0,2
Ocasionalmente	17	17	0,5667
Nunca	6	6	0,2
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°8: distribución de porcentajes de identificar pacientes con lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025

8- Frecuencia en que usted ha identificado pacientes con lesiones por decúbito.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 56,7% indicó que ocasionalmente identificó pacientes con lesiones por decúbito, el 20% manifestó frecuentemente, el 20% respondió nunca y el 3,3% señaló muy frecuentemente.

Tabla N°9: distribución de frecuencia de importancia de conocer los estadios de las lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025

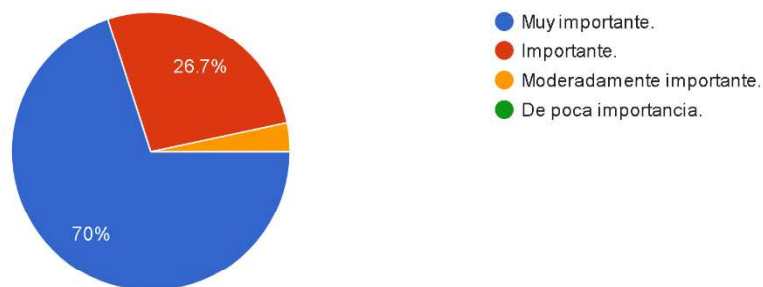
Es importante conocer los estadios de las lesiones por decúbito	Cantidad	f	F_I
Muy importante	21	21	0,7
Importante	8	8	0,2667
Moderadamente importante	1	1	0,0333
Poca importancia	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°9: distribución de porcentajes de importancia de conocer los estadios de las lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025

9- ¿Considera usted importante conocer los estadios de las lesiones por decúbito?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 70% indicó que es muy importante conocer los estadios de las lesiones por decúbito, el 26,7% consideró que es importante y el 3,3% señaló que es moderadamente importante.

Tabla N°10: distribución de frecuencia de lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

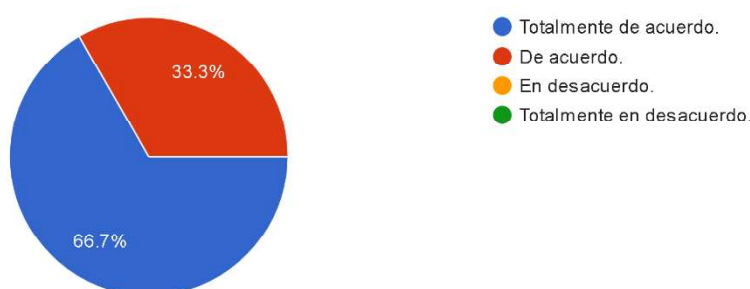
Lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía	Cantidad	f	F_I
Totalmente de acuerdo	20	20	0,6667
De acuerdo	10	10	0,3333
En desacuerdo	0	0	0
Totalmente en desacuerdo	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°10: distribución de porcentajes de lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

10- ¿Usted está de acuerdo que las lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 66,7% indicó estar totalmente de acuerdo en que las lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía, mientras que el 33,3% manifestó estar de acuerdo.

Tabla N°11: distribución de frecuencia de importancia que asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

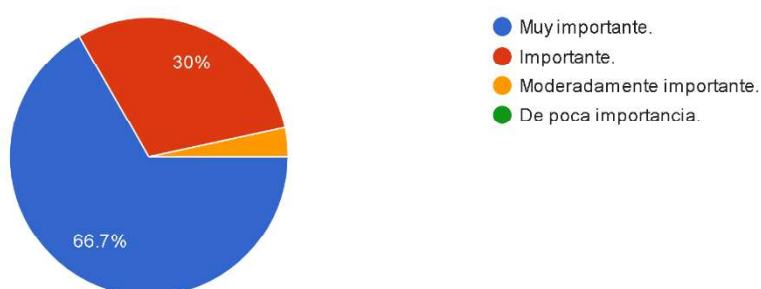
Importancia que asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía	Cantidad	f	F_I
Muy importante	20	20	0,6667
Importante	9	9	0,3
Moderadamente importante	1	1	0,0333
Poca importancia	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°11: distribución de porcentajes de importancia que asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025

11- ¿Qué nivel de importancia usted le asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 66,7% indicó que considera muy importante verificar los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía, el 30% señaló que es importante y el 3,3% que es moderadamente importante.

Tabla N°12: distribución de frecuencia de importancia al cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

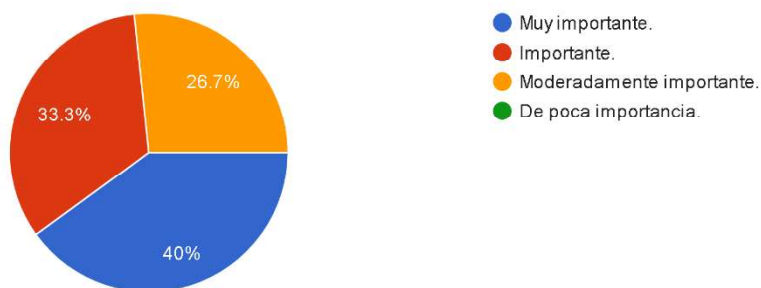
Importancia al cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito	Cantidad	f	F_I
Muy importante	12	12	0,4
Importante	10	10	0,3333
Moderadamente importante	8	8	0,2667
Poca importancia	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°12: distribución de porcentajes de importancia al cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

12- ¿Qué nivel de importancia usted asigna al cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 40% indicó que considera muy importante el cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito, el 33,3% lo consideró importante y el 26,7% moderadamente importante.

Tabla N°13: distribución de frecuencia de importancia a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

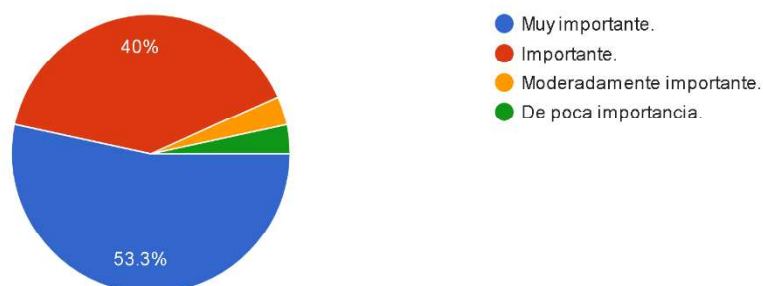
Importancia a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente	Cantidad	f	F_I
Muy importante	16	16	0,5334
Importante	12	12	0,4
Moderadamente importante	1	1	0,0333
Poca importancia	1	1	0,0333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°13: distribución de porcentajes de importancia a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

13- ¿Qué nivel de importancia le asigna usted a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 53,3% indicó que considera muy importante la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente, el 40% la consideró importante, y el 3,3% la valoró tanto como moderadamente importante o poco importante.

Tabla N°14: distribución de frecuencia de participar activa en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

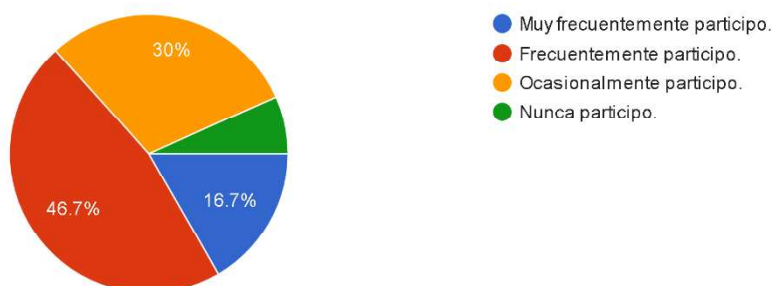
Participa activamente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente	Cantidad	f	F_I
Muy frecuentemente	5	5	0,1666
Frecuentemente	14	14	0,4667
Ocasionalmente	9	9	0,3
Nunca	2	2	0,0667
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°14: distribución de porcentajes de participar activamente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

14- Frecuencia en que usted participa activamente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 46,7% indicó que participa frecuentemente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente, 30 % ocasionalmente, 16,7 % muy frecuentemente y 6,7 % nunca.

Tabla N°15: distribución de frecuencia de falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

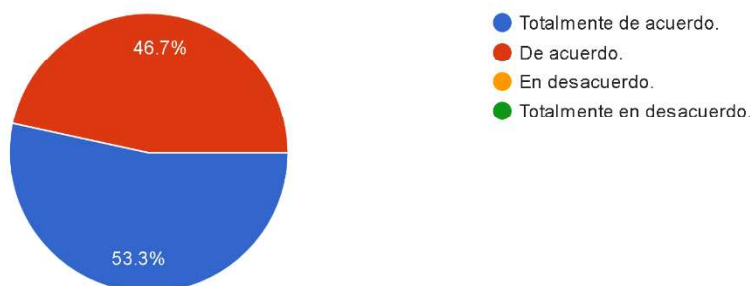
La falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito	Cantidad	f	F_I
Totalmente de acuerdo	16	16	0,5333
De acuerdo	14	14	0,4667
En desacuerdo	0	0	0
Totalmente en desacuerdo	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°15: distribución de porcentajes de falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

15- ¿Está usted de acuerdo, en que la falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 53,3 % indicó estar totalmente de acuerdo en que la falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito, mientras que el 46,7 % se mostró de acuerdo.

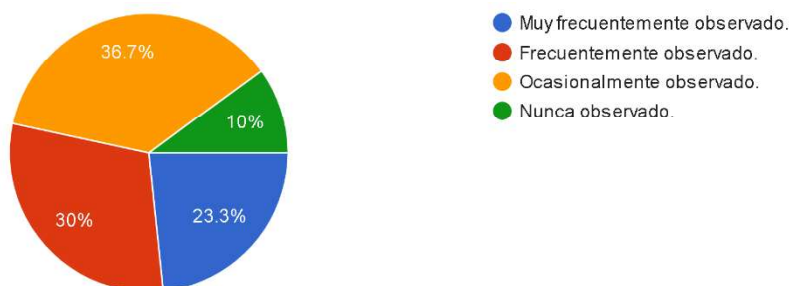
Tabla N°16: distribución de frecuencia de observar que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

Ha observado que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente	Cantidad	f	F_i
Muy frecuentemente	7	7	0,2333
Frecuentemente	9	9	0,3
Ocasionalmente	11	11	0,3667
Nunca	3	3	0,1
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°16: distribución de porcentajes de observar que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

16- Durante su experiencia profesional, frecuencia en que usted ha observado que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas pr...relacionadas con el posicionamiento del paciente.
30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 36,7 % indicó que ocasionalmente observa que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente, el 30 % respondió que esto ocurre con frecuencia, el 23,3 % muy frecuentemente y el 10 % nunca.

Tabla N°17: distribución de frecuencia de realizar personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

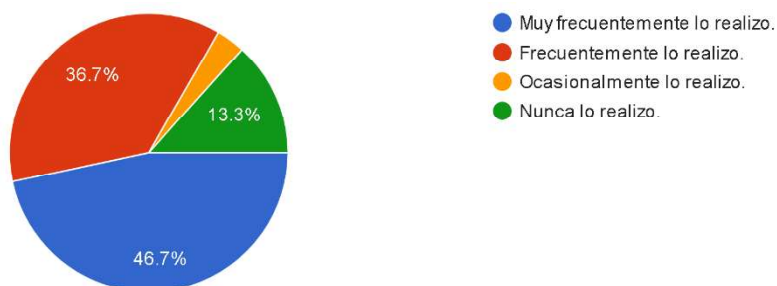
Realiza personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía	Cantidad	f	F_I
Muy frecuentemente	14	14	0,4667
Frecuentemente	11	11	0,3667
Ocasionalmente	1	1	0,0333
Nunca	4	4	0,1333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°17: distribución de porcentajes de realizar personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

17- Frecuencia en que usted realiza personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 46,7% indicó que muy frecuentemente realizó personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía, el 36,7 % frecuentemente, el 13,3 % nunca y el 3,3 % ocasionalmente.

Tabla N°18: distribución de frecuencia de verificar que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

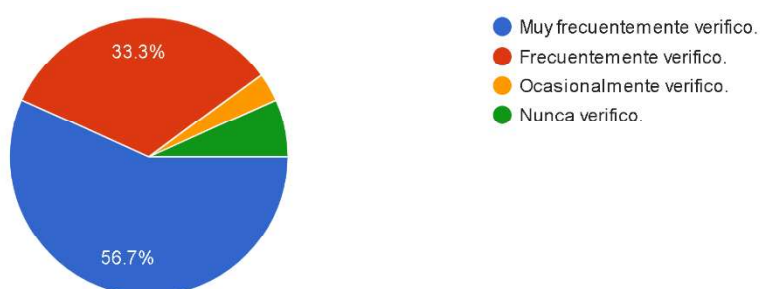
Verifica que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar	Cantidad	f	F_I
Muy frecuentemente	17	17	0,5667
Frecuentemente	10	10	0,3333
Ocasionalmente	1	1	0,0333
Nunca	2	2	0,0667
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°18: distribución de porcentajes de verificar que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

18- Frecuencia en que usted verifica que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar.

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 56,7% indicó que muy frecuentemente verificó que la posición del paciente estuviera alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar, el 33,3 % frecuentemente, el 6,7 % nunca y el 3,3 % ocasionalmente.

Tabla N°19: distribución de frecuencia de contar en quirófano con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

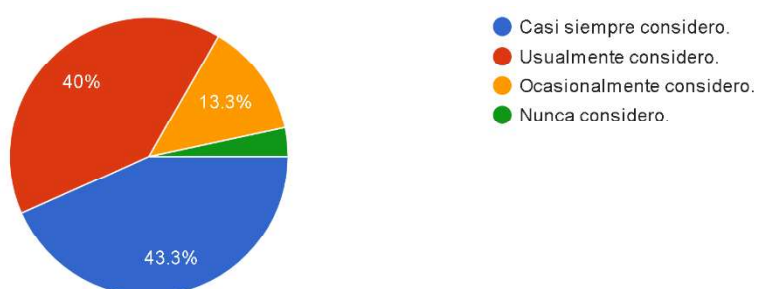
El quirófano cuenta con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía	Cantidad	f	F_I
Casi siempre	13	13	0,4334
Usualmente	12	12	0,4
Ocasionalmente	4	4	0,1333
Nunca	1	1	0,0333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°19: distribución de porcentajes de contar en quirófano con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

19- ¿Considera usted que el quirófano cuenta con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 43,3 % indicó que casi siempre considera que el quirófano cuenta con los dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante la cirugía, el 40 % usualmente, el 13,3 % ocasionalmente y el 3,3 % nunca.

Tabla N°20: distribución de frecuencia de que el área quirúrgica dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

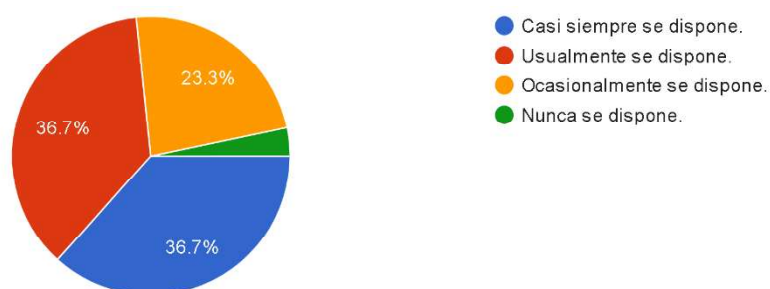
El área quirúrgica se dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente	Cantidad	f	F_I
Casi siempre	11	11	0,3667
Usualmente	11	11	0,3667
Ocasionalmente	7	7	0,2333
Nunca	1	1	0,0333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°20: distribución de porcentajes de que el área quirúrgica se dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

20- ¿Considera usted que en el área quirúrgica se dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 36,7 % indicó que casi siempre se dispone en el área quirúrgica de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente, otro 36,7 % señaló que usualmente están disponibles, el 23,3 % ocasionalmente y el 3,3 % nunca.

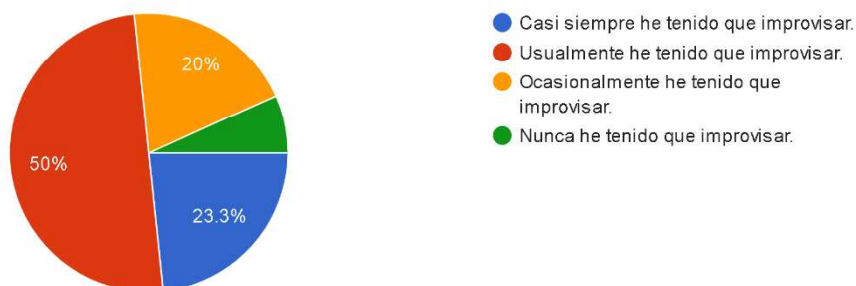
Tabla N°21: distribución de frecuencia de improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

Ha de improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía	Cantidad	f	F_I
Casi siempre	7	7	0,2333
Usualmente	15	15	0,5
Ocasionalmente	6	6	0,2
Nunca	2	2	0,0667
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°21: distribución de porcentajes de improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

21- Durante su experiencia profesional ¿Usted ha tenido que improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía?
30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 50 % indicó que usualmente ha tenido que improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía, el 23,3 % casi siempre, el 20 % ocasionalmente y el 6,7 % nunca.

Tabla N°22: distribución de frecuencia de Artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

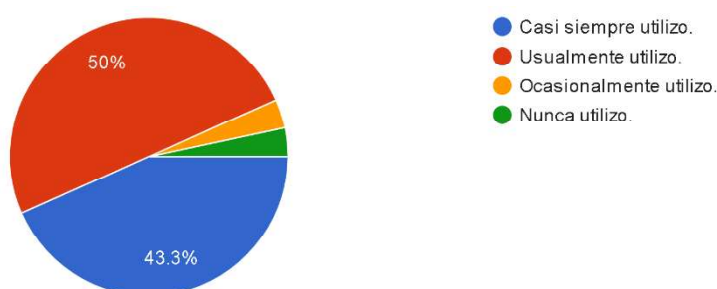
Artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?	Cantidad	f	F_I
Casi siempre	13	13	0,4334
Usualmente	15	15	0,5
Ocasionalmente	1	1	0,0333
Nunca	1	1	0,0333
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°22: distribución de porcentajes de artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

22- Durante cirugías de artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza usted insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 50 % indicó que en artroscopias de rodilla completa usualmente utiliza insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito, el 43,3 % casi siempre, y el 3,3 % tanto ocasionalmente como nunca.

Tabla N°23: distribución de emplear habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

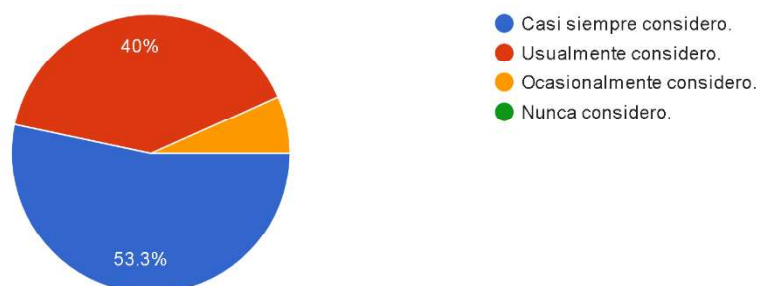
Se emplean habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo	Cantidad	f	F_I
Casi siempre	16	16	0,5333
Usualmente	12	12	0,4
Ocasionalmente	2	2	0,0667
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°23: distribución de porcentajes de emplear habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

23- ¿Durante las cirugías, considera que se emplean habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 53,3 % consideró que casi siempre se emplean los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo, el 40 % indicó que usualmente y el 6,7 % ocasionalmente.

Tabla N°24: distribución de tener en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

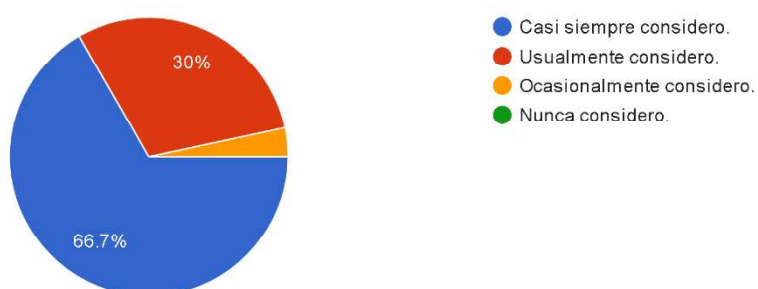
Se tiene en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente	Cantidad	f	f_i
Casi siempre	20	20	0,6667
Usualmente	9	9	0,3
Ocasionalmente	1	1	0,0333
Nunca	0	0	0
Total	30	30	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N°24: distribución de porcentajes de tener en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente, según los técnicos y licenciados de instrumentación quirúrgica en diciembre 2025.

24- ¿Considera usted que se tiene en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente?

30 respuestas



Análisis de datos: de acuerdo a las 30 personas encuestadas, el 66,7 % consideró que casi siempre se tiene en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección destinados a prevenir úlceras por presión en el paciente, el 30 % indicó que usualmente y el 3,3 % ocasionalmente.

Conclusión

En el presente trabajo de tesis, se encuestó a 30 técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica pertenecientes a una red social cerrada durante diciembre de 2025, con el fin de analizar aspectos relacionados con la prevención de lesiones por decúbito en pacientes quirúrgicos y las posiciones quirúrgicas que pueden llevar a ello. La población encuestada se caracterizó por ser completamente femenina, con el 100% de los participantes indicando ser de sexo femenino. Este dato resalta la composición homogénea del grupo en términos de género, lo que coincide con lo señalado en la literatura, que destaca la predominancia femenina en las áreas de instrumentación quirúrgica y cuidado perioperatorio, reforzando la pertinencia de enfocar estrategias de formación y sensibilización dirigidas a este perfil profesional.

En cuanto al equipamiento y materiales disponibles para garantizar la seguridad del paciente durante las cirugías, el 43,3% de los encuestados considera que el quirófano casi siempre cuenta con los dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura, mientras que un 40% indica que usualmente están presentes. Sin embargo, el 13,3% mencionó que ocasionalmente y el 3,3% nunca cuentan con estos recursos, lo que evidencia que aún existen brechas en la disponibilidad de insumos críticos. Este hallazgo se vincula directamente con la teoría sobre la prevención de lesiones por decúbito, que enfatiza la importancia de contar con dispositivos específicos y materiales de protección adecuados, ya que su ausencia puede incrementar significativamente el riesgo de úlceras por presión durante cirugías prolongadas.

Los resultados obtenidos también reflejan la percepción de responsabilidad del personal quirúrgico en la prevención de lesiones por decúbito. Según los datos de la encuesta, una mayoría significativa considera muy frecuentemente su responsabilidad en la prevención de estas lesiones, lo que confirma la teoría que establece que la participación activa y la vigilancia constante del equipo quirúrgico son factores determinantes para la seguridad del paciente. No obstante, la existencia de situaciones en las que el material de protección no está disponible o debe improvisarse, como lo indicó el 50% de los participantes que usualmente recurre a materiales no específicos, pone de manifiesto la necesidad de mejorar la logística y el abastecimiento de insumos, reforzando la relación entre teoría y práctica clínica.

Asimismo, la encuesta evidenció que, si bien se reconoce la importancia de los puntos de presión y la alineación del paciente durante la cirugía, la práctica no siempre es uniforme. La verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía se realiza muy frecuentemente por el 46,7% de los encuestados y frecuentemente por un 36,7%, mientras que un 13,3% indicó no realizarla nunca. Esto se relaciona directamente con los postulados teóricos que subrayan la

prevención activa como medida fundamental para reducir lesiones por decúbito, sugiriendo que aún existen oportunidades para reforzar la supervisión y la capacitación práctica del equipo quirúrgico.

De manera complementaria, los resultados permiten identificar que la disponibilidad de materiales de protección, el seguimiento de protocolos y la complejidad de los procedimientos quirúrgicos son factores clave para la correcta implementación de medidas preventivas. El 66,7% de los encuestados indicó que casi siempre se considera la complejidad de la cirugía al decidir el uso de insumos protectores, mientras que un 30% señaló que usualmente se tiene en cuenta. Esto refleja un alto nivel de conciencia sobre la relación entre el riesgo quirúrgico y la protección del paciente, pero también señala un margen para estandarizar procedimientos. Estos hallazgos refuerzan lo planteado en el marco teórico sobre la necesidad de políticas institucionales claras y protocolos estandarizados que aseguren la disponibilidad y el uso adecuado de materiales de protección en todos los tipos de intervenciones.

En conclusión, los resultados de la encuesta permiten afirmar que, aunque existe una conciencia elevada sobre la responsabilidad profesional y la importancia de prevenir lesiones por decúbito, persisten brechas significativas en la disponibilidad de dispositivos y materiales de protección, así como en la uniformidad de la práctica. Estos hallazgos fundamentan la propuesta de mejora planteada en este estudio, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y la efectividad de las medidas preventivas. La relación directa entre los resultados obtenidos y el marco teórico evidencia que la propuesta no solo responde a observaciones prácticas, sino que también está respaldada por la literatura científica sobre la prevención de lesiones por decúbito en contextos quirúrgicos.

Propuesta de mejora

El posicionamiento del paciente en quirófano constituye una etapa crítica dentro del proceso quirúrgico, ya que de él dependen tanto la seguridad del paciente como la ergonomía y la coordinación del equipo de instrumentación quirúrgica. Una planificación y ejecución adecuadas de esta fase permiten prevenir lesiones por decúbito, proteger la integridad física del personal y optimizar el acceso quirúrgico. Los hallazgos obtenidos a partir de las encuestas aplicadas a técnicos y licenciados en instrumentación quirúrgica evidencian aspectos que requieren intervención: la totalidad de los participantes corresponde al sexo femenino (100%), lo que resalta la importancia de considerar la carga física de las maniobras, especialmente en pacientes con sobrepeso o movilidad limitada. Asimismo, se constató que la disponibilidad de insumos de protección es irregular: el 43,3% afirmó que estos elementos están disponibles “casi siempre”, un 40% “usualmente” y el 50% indicó que, ante la falta de insumos específicos, ha tenido que improvisar materiales. Estos datos reflejan la necesidad de implementar mecanismos más estructurados y estandarizados para garantizar la seguridad del paciente y reducir la carga física sobre el personal.

Para dar respuesta a estas necesidades, se propone la incorporación de un apartado específico de posicionamiento quirúrgico en la planificación diaria de cirugías, que contemple elementos clave para sistematizar la información y facilitar la coordinación del equipo. Este apartado incluiría:

- **Peso del paciente:** permite estimar la carga física que requerirá la movilización y determinar el número de operadores necesarios.
- **Posición quirúrgica requerida:** facilita la planificación de insumos, mesa quirúrgica y accesorios.
- **Nivel de complejidad del posicionamiento:** considera rotaciones, elevaciones, desplazamientos laterales, maniobras asistidas y cambios de postura intraoperatorios.
- **Cantidad de operadores necesarios:** asegura que las maniobras se realicen de manera segura, evitando sobrecarga física y riesgo de lesiones.
- **Insumos de protección requeridos:** permite verificar su disponibilidad antes del inicio del procedimiento, evitando improvisaciones.
- **Campo de observaciones:** espacio destinado a detalles adicionales sobre riesgos específicos, ajustes de la maniobra o consideraciones especiales según las características del paciente.

Establecer notas al pie con criterios generales de referencia: pacientes >90 kg requieren un

mínimo de 3 operadores; pacientes >120 kg, mínimo 4 operadores; y posiciones complejas (prono, Jackknife, lateral con rotación) sumar 1 operador adicional. Esta sistematización asegura que la información sea clara, rápida de consultar y adaptable a cada cirugía, promoviendo estandarización y seguridad en la práctica.

La implementación de este apartado reporta múltiples beneficios: anticipa necesidades humanas y materiales, mejora la comunicación intraoperatoria y la coordinación del equipo, disminuye riesgos de lesiones por presión en los pacientes, optimiza la ergonomía del personal de instrumentación quirúrgica y fomenta prácticas consistentes y sostenibles en el quirófano. La planilla modelo, que incluye todos estos campos y un apartado de observaciones, facilita el registro sistemático de información, garantizando que cada cirugía se realice con los recursos humanos y materiales necesarios, contribuyendo a un entorno de trabajo más seguro, organizado y estandarizado.

En conclusión, la propuesta de mejora constituye una intervención aplicable, sostenible y coherente con los principios de seguridad del paciente y calidad en la práctica quirúrgica. La planificación anticipada, la estandarización de procedimientos y la incorporación de criterios claros para la movilización y posicionamiento quirúrgico del paciente permiten fortalecer la práctica profesional, reducir riesgos y optimizar la eficiencia del equipo. De este modo, se asegura un entorno intraoperatorio seguro, coordinado y alineado con las mejores prácticas de instrumentación quirúrgica.

A modo ilustrativa, se presenta la planilla modelo elaborada en el anexo 4 mediante código QR.

Consideraciones Éticas

El presente trabajo se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en salud: **respeto por las personas, beneficencia y justicia**, conforme a los lineamientos del **Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki)** y a las **normas nacionales vigentes**.

Dado que la investigación no involucró intervención directa con pacientes, sino el análisis de información de carácter académico y datos de dominio público, no se consideró necesario requerir autorización de un comité de ética hospitalario. No obstante, se garantizó en todo momento la **confidencialidad de la información**, evitando la inclusión de datos personales que pudieran permitir la identificación de individuos o instituciones.

El instrumento de recolección de datos fue administrado de manera voluntaria, garantizando el **consentimiento informado implícito** de los participantes, quienes fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, la finalidad académica de los resultados y la utilización anónima de las respuestas.

Asimismo, se respetaron los principios establecidos en la **Ley Nacional N.º 25.326 de Protección de los Datos Personales**, la **Ley N.º 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado**, y las disposiciones del **Comité de Bioética de la Universidad Abierta Interamericana**.

Finalmente, se declara que el presente trabajo es de **autoría original**, no contiene plagio y fue elaborado exclusivamente con fines académicos, respetando la propiedad intelectual según la **Ley N.º 11.723 de Derechos de Autor**.

Referencias bibliografía:

- (1) (6) Fiallos-Chicaiza EM. Posiciones quirúrgicas, cuidados de enfermería y prevención de complicaciones. Maestría. Ambato-Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIADES”. 2023. Disponible en <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16917/1/UA-MQI-EAC-021-2023.pdf>
- (2) (7) Luño SG, Cebollada PG, Cebollada SG, Apuntate DL, Lagraba MB. Posiciones quirúrgicas. Consideraciones generales y precauciones. RSI. 2024 Julio [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/posiciones-quirurgicas-consideraciones-generales-y-precauciones/>
- (3) Salusplay. Tema 2. Posturas quirúrgicas. Disponible en https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-2-posturas-quirurgicas?utm_source
- (4) Cuncay-Cuncay Mc. Intervenciones de enfermería para prevenir lesiones asociadas al posicionamiento quirúrgico. maestría. Ambato-Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIADES”. 2024. Disponible en <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18946/1/UA-MQI-EAC-016-2025.pdf>
- (5) (8) (10) Fuller, Joanna Ruth. Instrumentación quirúrgica: principios y práctica. 5ª ed. Madrid. Panamericana, 2010
- (9) García Fernández F, Soldevilla Agreda J, Torra I Bou J. Cuidados de heridas crónicas para estudiantes de Enfermería y otras Ciencias de la salud [Internet]. España: Elsevier; 2024 [citado 15 de julio 2024]. Disponible en: [Cuidados de heridas crónicas para estudiantes de Enfermería y otras Ciencias ... - Francisco Pedro García Fernández, José Javier Soldevilla Agreda, Joan Enric Torra I Bou - Google Libros](#)
- (11) Bimedica. Posiciones para intervenciones quirúrgicas. [citado 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.bimedica.com/soluciones-sanitarias/posiciones-para-intervenciones-quirurgicas/>
- (12) National Library of Medicine. Información biomecánica y clínica crítica sobre la protección de los tejidos al colocar a los pacientes en el quirófano: una revisión exploratoria. [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7948884/>
- (13) BMC Part of Springer Nature, Revista de Anestesia, Analgesia y Cuidados intensivos. La prevención de las lesiones por presión en la posición y movilización de los pacientes en la UCI: un documento de buenas prácticas clínicas de la Sociedad Italiana de Anestesia,

Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos (SIAARTI). [citado 31 de enero de 2024].

Disponible en: [La prevención de las lesiones por presión en la posición y movilización de los pacientes en la UCI: un documento de buenas prácticas clínicas de la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Cuidados Intensivos \(SIAARTI\) | Revista de Anestesia, Analgesia y Cuidados Intensivos | Texto completo](#)

(14) Argentina. Manual de Seguridad del Paciente [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud. 2022 [citado 11 de julio 2022]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf

(15) Martínez Cajas DA, Rodríguez Suarez CO, etc. Tratado de Cirugía General en Atención Primaria de Salud. Tomo15. [Internet]. Ecuador. 2024 [citado febrero 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/33e9a8c5-1773-48d0-b7d6-7cdacbf58bd3/content>

(16) Manual de prevención y tratamientos de lesiones por presión 2023 [Internet]. Argentina [citado agosto 2022]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/manual_lpp_2022_v.3_final.pdf

(17) Secretaria de Salud. Protocolo de Prevención y Tratamiento de las úlceras por Presión [Internet]. 2020 [citado diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-03.pdf>

(18) Hernández Sampieri, R, Fernández-Collado, C., Baptista Lucio, P., Metodología de la investigación. 4ª ed. México. McGraw-Hill Interamericana, 2006.

(19) Distrauma Medical. Posicionadores reutilizables Trulife. Disponible en: <https://www.distraumamedical.com/producto/posicionadores-reutilizables-trulife/#product-form>

Anexos:

Anexo 1: Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Inicio	16/8/2025	23/8/2025	30/8/2025	6/9/2025	13/9/2025	20/9/2025	27/9/2025	4/10/2025	11/10/2025	18/10/2025	25/10/2025	1/11/2025	8/11/2025	15/11/2025	22/11/2025	29/11/2025
1. Presentación de la asignatura, modalidad de cursada, y evaluación.	16/8/2025																
2. Realización de registro y búsqueda de bibliografía, elección del tema	23/8/2025																
3. Investigación sobre la viabilidad del tema seleccionado	30/8/2025																
4. Presentación de la Guía para construir el TIF.	6/9/2025																
5. Introducción, Justificación, Planteo del problema.	13/9/2025																
6. Objetivos general y específicos	20/9/2025																
7. Presentación del marco teórico	27/9/2025																
8. Aprobación del marco teórico	4/10/2025																
9. Abordaje metodológico	11/10/2025																
10. Análisis de variables, operacionalización	18/10/2025																
11. Realización de instrumento de recolección de datos. Prueba del formulario google forms.	25/10/2025																
12. Recolección y análisis de la información	1/11/2025																
13. Realización de tablas y gráficos	8/11/2025																
14. Análisis de resultados. Conclusión. Propuesta de mejora. Bibliografía	15/11/2025																
15. Presentación del TIF completo y power point para la defensa.	22/11/2025																
16. Entrega del Trabajo Final en UAI Ultra	29/11/2025																R

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

1- Edad

21 – 30 años.

31 – 40 años.

41 – 50 años.

Más de 51 años.

2- Sexo

Femenino.

Masculino.

3- Antigüedad

De 1 a 5 años.

De 6 a 10 años.

Más de 11 años.

4- Nivel Académico

Técnica en Instrumentación Quirúrgica.

Licenciada en Instrumentación Quirúrgica.

5- Frecuencia en que usted considera que las lesiones por decúbito representan un riesgo importante en las cirugías.

Muy frecuentemente considero.

Frecuentemente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

6- Frecuencia en que usted considera que su responsabilidad como profesional quirúrgico es importante en la prevención de lesiones por decúbito durante las cirugías.

Muy frecuentemente considero.

Frecuentemente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

7- Frecuencia en que usted considera que el tiempo prolongado en cirugía representa un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por decúbito.

Muy frecuentemente considero.

Frecuentemente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

8- Frecuencia en que usted ha identificado pacientes con lesiones por decúbito.

Muy frecuentemente identifico.

Frecuentemente identifico.

Ocasionalmente identifico.

Nunca identifico.

9- ¿Considera usted importante conocer los estadios de las lesiones por decúbito?

Muy importante.

Importante.

Moderadamente importante.

De poca importancia.

10- ¿Usted está de acuerdo que las lesiones por decúbito preexistentes deberían registrarse formalmente antes de una cirugía?

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

11- ¿Qué nivel de importancia usted le asigna a la verificación de los puntos de presión en el paciente antes del inicio de la cirugía?

Muy importante.

Importante.

Moderadamente importante.

De poca importancia.

12- ¿Qué nivel de importancia usted asigna al cambio de posición del paciente durante cirugías prolongadas como medida de prevención de lesiones por decúbito?

Muy importante.

Importante.

Moderadamente importante.

De poca importancia.

13- ¿Qué nivel de importancia le asigna usted a la intervención del anestesiólogo al momento de reposicionar al paciente?

Muy importante.

Importante.

Moderadamente importante.

De poca importancia.

14- Frecuencia en que usted participa activamente en la comunicación intraquirúrgica sobre los riesgos del posicionamiento del paciente.

Muy frecuentemente participo.

Frecuentemente participo.

Ocasionalmente participo.

Nunca participo.

15- ¿Está usted de acuerdo, en que la falta de comunicación entre los miembros del equipo puede aumentar el riesgo de lesiones por decúbito?

Totalmente de acuerdo.

De acuerdo.

En desacuerdo.

Totalmente en desacuerdo.

16- Durante su experiencia profesional, frecuencia en que usted ha observado que el equipo quirúrgico comunica de forma clara las medidas preventivas relacionadas con el posicionamiento del paciente.

Muy frecuentemente observado.

Frecuentemente observado.

Ocasionalmente observado.

Nunca observado.

17- Frecuencia en que usted realiza personalmente la verificación de la posición del paciente antes del inicio de la cirugía.

Muy frecuentemente lo realizo.

Frecuentemente lo realizo.

Ocasionalmente lo realizo.

Nunca lo realizo.

18- Frecuencia en que usted verifica que la posición del paciente esté alineada con los requerimientos del procedimiento quirúrgico a realizar.

Muy frecuentemente verifico.

Frecuentemente verifico.

Ocasionalmente verifico.

Nunca verifico.

19- ¿Considera usted que el quirófano cuenta con dispositivos necesarios para asegurar al paciente en una posición segura durante una cirugía?

Casi siempre considero.

Usualmente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

20- ¿Considera usted que en el área quirúrgica se dispone de los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en el paciente?

Casi siempre se dispone.

Usualmente se dispone.

Ocasionalmente se dispone.

Nunca se dispone.

21- Durante su experiencia profesional ¿Usted ha tenido que improvisar con materiales no específicos ante la falta de insumos destinados a la protección del paciente durante una cirugía?

Casi siempre he tenido que improvisar.

Usualmente he tenido que improvisar.

Ocasionalmente he tenido que improvisar.

Nunca he tenido que improvisar.

22- Durante cirugías de artroscopias de rodilla completa, ¿Utiliza usted insumos específicos para proteger al paciente de lesiones por decúbito?

Casi siempre utilizo.

Usualmente utilizo.

Ocasionalmente utilizo.

Nunca utilizo.

23- ¿Durante las cirugías, considera que se emplean habitualmente los materiales de protección necesarios para prevenir lesiones por decúbito en zonas corporales de riesgo?

Casi siempre considero.

Usualmente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

24- ¿Considera usted que se tiene en cuenta la complejidad de las cirugías para decidir el uso de materiales de protección para evitar úlceras por presión al paciente?

Casi siempre considero.

Usualmente considero.

Ocasionalmente considero.

Nunca considero.

Anexo 3: Matriz de datos



Anexo 4: Propuesta de mejora



SUPERVISOR DE QUIRÓFANO:

SERVICIO DE CIRUGÍA
PARTE DIARIO DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS

Fecha:

HOJA Nº 1

QUIRÓFANO Nº									POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO					
INICIO HORA	PACIENTE	DNI / HISTORIA CLÍNICA	EDAD	COBERTURA	PROFESIONALES	DIAGNÓSTICO	CIRUGÍA	POOPERATORIO	PESO	POSICIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA	NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL POSICIONAMIENTO	CANTIDAD DE OPERADORES NECESARIOS	INSUMO DE PROTECCIÓN REQUERIDOS	OBSERVACIONES

NOTAS POSICIONAMIENTO QUIRÚRGICO:

Para garantizar un posicionamiento seguro del paciente:

*Pacientes > 90 kg: mínimo 3 operadores

*Pacientes > 120 kg: mínimo 4 operadores

*Para posiciones complejas (prono, Jackknife, lateral con rotación), sumar 1 operador adicional.