



UDS

Mi Universidad

SÚPER NOTA

Nombre del Alumno: Jatziri Guadalupe Galera Mendoza

Nombre del tema: Posiciones anatómicas del paciente

Parcial: 1er parcial

Nombre de la Materia: Enfermería medico quirúrgica

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to

Pichucalco, Chiapas; 22 de enero del 2025.

POSICIONES ANATÓMICAS DEL PACIENTE

Las posiciones anatómicas son posturas específicas del cuerpo que se utilizan en medicina para describir la anatomía y la fisiología humana. Son importantes para realizar exámenes físicos, procedimientos médicos y cirugías.

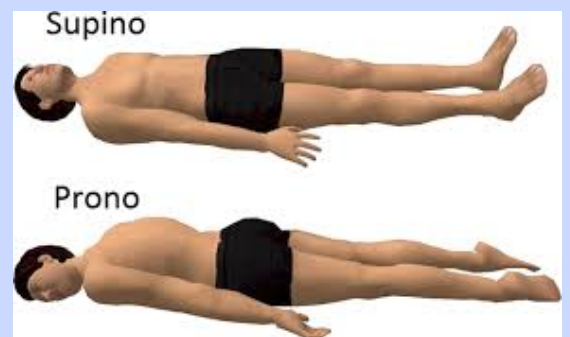


DECÚBITO SUPINO O DORSAL

Es la posición más utilizada, dado que un gran número de intervenciones quirúrgicas pueden realizarse en dicha posición como, por ejemplo, cirugía abdominal, cirugía vascular o cirugía maxilofacial entre otras. La cabeza y columna deben estar alineadas, los pies dentro de la camilla y las piernas no se deben de cruzar. Aunque es la posición más fisiológica de todas, se deben tener en cuenta las zonas de presión para intentar minimizarlas lo máximo posible. Si la intervención va a ser prolongada deberán ponerse cojines acolchados bajo los pies y los huecos poplíteos, parche de protección en la zona sacra y un acolchado fenestrado bajo la cabeza. Si los brazos van pegados al cuerpo si les protegerá del contacto con la mesa y se sujetaran. En el caso de que los brazos deban abrirse en cruz, la apertura nunca alcanzara los 90° y al igual que cuando van pegados al cuerpo deberán sujetarse correctamente.

Zonas de presión en decúbito supino:

- Vertebras torácicas.
- Olécranon.
- Escapula.
- Calcáneos
- Sacro y Cóccix.
- Occipital.



REPERCUSIONES FISIOLÓGICAS DEL DECÚBITO SUPINO

- Compromiso respiratorio por la compresión diafragmática del abdomen, reduciendo la ventilación, hecho que se verá agudizado en el caso de estar sometido a anestesia general por la consecuente disminución del tono muscular.
- Riesgo de atelectasias por la posibilidad de cierre de las vías aéreas pequeñas.
- Hipotensión.
- Compresión de la vena cava inferior, más probable en pacientes obesos y embazadas. Como consecuencia de la compresión se reducirá el retorno venoso y el gasto cardiaco provocando hipotensión. Inclinando la cama 10° hacia la izquierda (Till left) el efecto se ve disminuido.
- En el caso de que la cirugía se prolongue en el tiempo aumenta el riesgo de pie equino y úlceras en los talones.

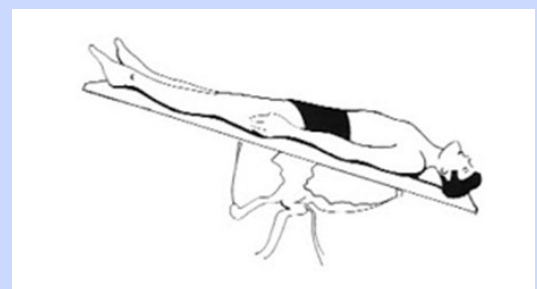
TRENDELENBURG

Se sitúa al paciente en decúbito supino para posteriormente inclinar la mesa de operaciones 45 grados (normalmente se tiende a una inclinación menor) hacia la cabecera del paciente, quedando de esta manera la cabeza más baja que el resto del cuerpo. Se puede flexionar ligeramente la mesa a la altura del hueco poplíteo del paciente, pero no es imprescindible, ya que en esta posición SIEMPRE se mantendrá sujeto al paciente por una cincha a nivel de las crestas ilíacas. Esta posición esta principalmente indicada en cirugía abdominal baja y pélvica, ya que la angulación permite un mejor abordaje de la zona por el desplazamiento del contenido abdominal.

Las zonas de presión y recomendaciones en la colocación serán las mismas que para el decúbito supino clásico añadiendo la cincha a nivel de las crestas ilíacas. En esta posición aun es más importante si cabe la correcta sujeción del paciente y en particular de los brazos. Debemos asegurarnos también de que el tubo este bien sujeto y no se vea desplazado hacia el bronquio derecho cuando se proceda a la inclinación.

Repercusiones fisiológicas del trendelenburg

- Limitación de la movilidad diafragmática limitando en consecuencia la respiración. Además de una restricción de la compliancia pulmonar por la compresión del contenido abdominal sobre la base pulmonar. Este trabajo respiratorio puede derivar en hipercapnia e hipertensión en pacientes ancianos u obesos.
- Aumento de la presión intratorácica.
- Restricción en la perfusión de las EEl, la cual en pacientes sanos y jóvenes no suele representar mayor problema por la activación de las reacciones compensatorias (vasodilatación y bradicardia); sin embargo, en pacientes con alteraciones cardiovasculares y en ancianos puede precipitar trastornos isquémicos postoperatorios.
- Se incrementa significativamente la PAM (Presión arterial media) y la PPC (presión pulmonar capilar), con mayor demanda de la oxigenación cardíaca, por lo que, si la reserva cardíaca previamente está muy disminuida, puede desencadenar una cardiopatía congestiva aguda o isquemia miocárdica.
- Disminución considerable del gasto cardiaco (20-40%).
- La presión venosa yugular e intracraneal se verán fuertemente elevadas con el consiguiente descenso de la presión de perfusión cerebral.

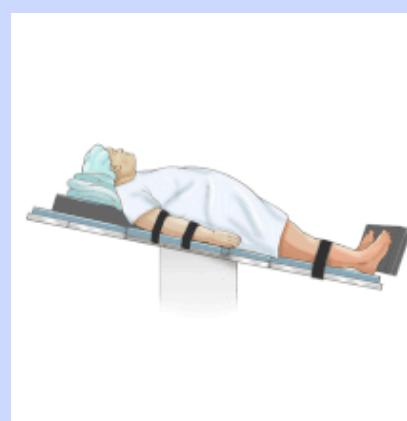
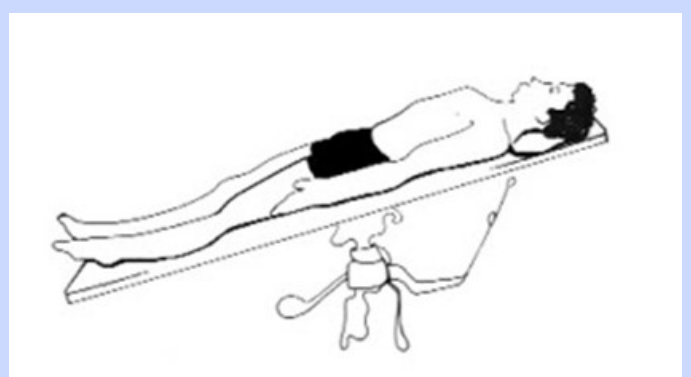


ANTITRENDELENBURG, MORESTIN O TRENDELENBURG INVERSA

Una vez más partimos del decúbito supino para posteriormente inclinar la mesa de operaciones en sentido contrario al trendelenburg, quedando los pies más abajo que el resto del cuerpo y la cabeza más arriba. Principalmente se utiliza en cirugía de tiroides, porción inferior del esófago, vesícula o vías biliares, cabeza y cuello.

Las zonas de presión serán las mismas que el decúbito supino puro. Al igual que en el trendelenburg, hay que asegurarse de una adecuada sujeción del cuerpo y extremidades del paciente. En los casos en que la inclinación va a ser mayor, se suele poner un apoyapié en el extremo distal de la mesa para evitar el desplazamiento por gravedad del paciente.

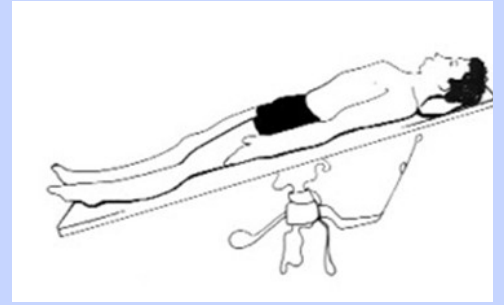
Entre las repercusiones fisiológicas más significativas nos encontramos: estasis venoso en miembros inferiores, hipotensión y alto riesgo de tromboembolismo postoperatorio.



POSICIONES ANATÓMICAS DEL PACIENTE

POSICIÓN ROSER O PROETZ

Se colocará al paciente en decúbito supino y después de la intubación se procederá a quebrar el prolongador del cabecero de la cama para que la cabeza cuelgue provocando una hiperextensión de cuello. También se puede quitar directamente el prolongador del cabecero. Su principal indicación es para la cirugía de tiroides y paratiroides.



Las zonas de presión y las repercusiones fisiológicas son prácticamente iguales a las del decúbito supino, sin embargo, hay algún matiz que debemos tener en cuenta:

- La parte posterior del cuello deberá estar acolchada para que no roce con el canto de la mesa de operaciones.
- La presión intracraneal se verá aumentada.

POSICIÓN FOWLER O SEMISENTADO

El paciente se sitúa sentado, con el tronco y cabeza elevados al menos 45 grados. En el Fowler puro las piernas quedarán más bajas que el resto del cuerpo porque se flexionará la mesa a la altura de los huecos poplíteos de ambas piernas, pero existen varias modificaciones que no solo no flexionan la mesa en ese punto, sino que la elevan.

Se usa principalmente en cirugías de reconstrucción de mama, cirugía de hombro, maxilofacial o nasofaríngea.

Se debe acolchar correctamente todas las zonas de presión y sujetar los brazos con cinchas para que no caigan cuando se anestesia al paciente si se va a realizar la intervención con anestesia general.

Entre las repercusiones fisiológicas más significativas del Fowler está la hipotensión postural, estasis venosa en las extremidades inferiores o embolia gaseosa.

Zonas de presión

- Occipital.
- Escapula.
- Tuberosidad isquiática.
- Huecos poplíteos.
- Calcáneos.



POSICIÓN SEDENTE

Es una variante de la posición Fowler utilizada principalmente en neurocirugía para realizar craneotomías, considerándose el abordaje óptimo para la fosa posterior. Las dos diferencias más sustanciales con la posición de Fowler son que el tronco está vertical y el cráneo se sujeta mediante el cabezal de Mayfield.

Los brazos apoyan sobre el abdomen y sobre las piernas se colocará una faja de sujeción. Los puntos de apoyo y las posibles alteraciones fisiológicas serán las mismas que en la posición de Fowler.

Este tipo de abordaje en neurocirugía en vez del prono tiene ciertas ventajas como una mejor exposición quirúrgica, menor sangrado, mucho mejor acceso a la vía aérea y menor compromiso de la misma.



POSICIÓN ORTOPÉDICA O TRAUMATOLÓGICA

Dentro de esta denominación podemos agrupar a todas aquellas posiciones en las cuales se usa la mesa ortopédica o de fracturas. La posición de partida será el decúbito supino, para posteriormente retirar los dos accesorios de apoyo de extremidades inferiores y adaptar al paciente en la posición adecuada a través de las "patas" de la mesa ortopédica que estarán debajo.

Permite colocar al paciente en la situación adecuada para la reducción y enclavamiento de fracturas de cadera y tibia o para otros procedimientos ortopédicos del miembro inferior. Consta de dos "patas" articulables en dos ejes y con un botín (siempre acolchado) en su extremo distal para sujetar la pierna del paciente. Gracias a estos dispositivos, la pierna fracturada puede ser rotada, traccionada o liberada, en función de las necesidades propias de la cirugía a realizar y además proporciona un acceso circunferencial a la misma. La pierna no fracturada puede sujetarse a través de la otra "pata" en posición neutra o flexionada sobre una pernera o sobre otro accesorio de apoyo. En el periné se situará un cilindro acolchado que actuará como freno. Existen varios accesorios extras que pueden usarse y que serán parecidos, pero a la vez distintos en función de la casa comercial, por ello, es muy importante como enfermera quirúrgica familiarizarse con todos aquellos accesorios de nuestra área quirúrgica que se puedan utilizar.

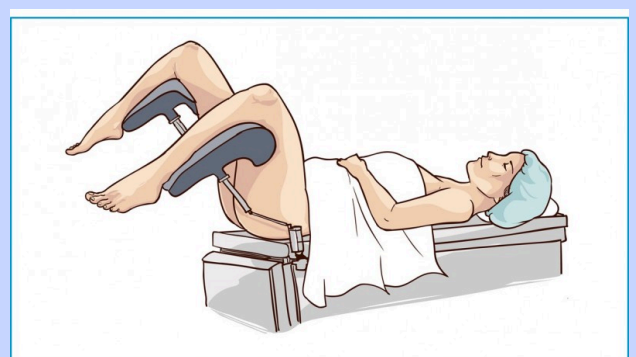
Una vez colocados los miembros inferiores se procederá a la colocación de los miembros superiores. El brazo del mismo lado que la pierna fracturada debe ir colocado en flexión de 90° y sujeto sobre un arco (siempre acolchado).

Los posibles efectos fisiológicos serán los mismos que los del decúbito dorsal. Los puntos de apoyo serán los mismos que los del decúbito dorsal incluyendo los calcáneos o al menos el que este en la bota, si la pierna sana está en la pernera el punto de apoyo será el hueco poplíteo. Hay que tener mucho cuidado en esta posición puesto que hay muchas partes del cuerpo que pueden contactar con el metal de la mesa y las patas, siempre hay que protegerlas para que no se produzca daño tisular.



POSICIÓN LITOTOMÍA, DORSOSACRA O GINECOLÓGICA

Puede considerarse una modificación del decúbito supino, el paciente se coloca en posición supina para posteriormente flexionar, elevar y abducir las extremidades inferiores mediante la ayuda de unas perneras o estribos (prácticamente en desuso). Esta posición es principalmente utilizada en cirugía ginecológica y rectal.



Zonas de presión en posición de litotomía

- Sacro y cóccix (en litotomías altas no).
- Occipital.
- Hueco poplíteo.
- Olecranon.
- Escapula.
- Vertebrae torácicas.

Repercusiones fisiopatológicas en posición de litotomía

- Aumento de la presión intratorácica.
- Hipotensión (principalmente al bajar las piernas tras la intervención).
- Lesiones por compresión de nervios periféricos (ciático poplíteo externo principalmente).



POSICIONES ANATÓMICAS DEL PACIENTE

POSICIÓN PRONA O VENTRAL

Es sin ninguna duda la posición menos fisiológica y más comprometida de todas por los problemas fisiopatológicos que provoca y las dificultades para la anestesia que conlleva.

En esta posición se situará al paciente boca abajo con cabeza y cuerpo alineados, brazos extendidos hacia delante con las palmas de las manos hacia la mesa y piernas extendidas con los pies en flexión neutra y dorsos apoyados en la mesa. Tiene su aplicación principalmente para la cirugía de espalda, cráneo, tronco y piernas.

Repercusiones fisiológicas del decúbito prono

- Compresión torácica y abdominal que comprometen la función respiratoria.
- Hipotensión.
- Disminución del gasto cardíaco derivada de la compresión abdominal y aumento de la PVC.
- Estasis venosa en las extremidades inferiores.
- Posible congestión cerebral provocada por una excesiva rotación de la cabeza que ocluye la arteria cerebral contralateral.



Zonas de presión

- Dorso de los pies.
- Crestas ilíacas.
- Hombros.
- Cara.
- Dedos de los pies.
- Rodillas.
- Abdomen.
- Codos.
- Mamas (principalmente en mujeres).
- Genitales (hombres).

POSICIÓN PARK BENCH U OBLICUA

Es una fusión entre el decúbito prono y la posición de Sims utilizada en neurocirugía para el abordaje de la fosa posterior. El paciente se sitúa en decúbito prono para posteriormente lateralizar ligeramente el tronco, cadera y la cabeza, la cual ira sujeta con el cabezal de Mayfield. Entre las piernas se colocará un foam. El brazo que queda superior se flexiona ligeramente a nivel de la articulación del codo y se abducirá no más de 45 grados, con precaución de no forzar la articulación del codo y protegiendo el plexo braquial (almohadilla a nivel axilar) se colocará sobre un reposabrazos. La extremidad superior que queda bajo el cuerpo se colocará extendida y sin ser comprimida por el cuerpo. Se debe estar atento a un posible edema de esta extremidad.



POSICIÓN CONCORDE

Es otra una variante del decúbito prono utilizada en neurocirugía para abordajes de la parte posterior del cráneo. La parte superior del tronco debe estar elevada entre 10-30 grados respecto al tercio inferior. La cabeza estará sujeta con el cabezal de Mayfield evitando la hiperflexión. Los brazos irán pegados al cuerpo y las piernas se flexionarán ligeramente poniendo foams o almohadas bajo las piernas y empuñes.

Entre las repercusiones fisiológicas más importantes nos encontramos: embolismo aéreo, congestión venosa de cara, necrosis de barbilla, compresión de la base de la lengua, obstrucción de vía aérea, aumento de la PIC, o cuadriplejía.



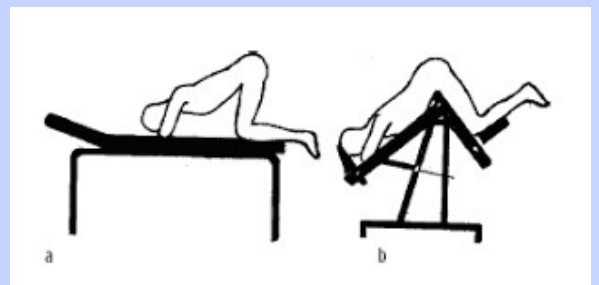
POSICIÓN KRASKE, DE NAVAJA SEVILLANA O JAKCNIFE

Parte del paciente en posición ventral y se flexiona la mesa de operaciones a nivel de las caderas hacia abajo en mayor o menor medida. La sección distal de la mesa puede flexionarse a la inversa para elevar ligeramente los pies y disminuir la presión sobre ellos. Aun así, habrá que acolcharlos para evitar lesiones, al igual que las rodillas, crestas ilíacas y hombros. Los brazos adoptarán la misma posición que en el prono puro y se debe prestar especial atención a los codos, ya que deben estar apoyados y no al aire. Es una posición muy usada para cirugía anorrectal o coccígea. Las repercusiones fisiológicas y las zonas de presión serán prácticamente las mismas que las del prono puro.



POSICIÓN GENUPECTORAL O MAHOMETANA

Una modificación más del prono que consiste en un prono arrodillado. El peso del cuerpo quedará sobre las rodillas y la cabeza (protegen los ojos). El tórax estará almohadillado para disminuir la presión torácica. Los brazos se colocarán semiflexionados hacia la cabeza del paciente y debidamente colocados sobre apoyabrazos acolchados o sobre la camilla con las protecciones y sujeciones pertinentes.



POSICIÓN INGLESA, SEMIPRONA, LATERAL O DE SIMS

Posición que parte de un decúbito supino para posteriormente y de manera coordinada entre al menos 4 colaboradores, se girara al paciente a un decúbito lateral derecho o izquierdo (le da el nombre el lado sobre el que se apoya el cuerpo), en algunos casos, si como en las nefrectomías, puede flexionarse ligeramente la mesa, elevando de esta manera el flanco. Es importante que todos los miembros implicados estén perfectamente coordinados y con todos los accesorios de sujeción necesarios a mano. Esta posición es utilizada para cirugía torácica, renal y ortopédica.

La principal alteración fisiológica potencial es la dificultad para ventilar el pulmón que queda inferior además de predisponer la aparición de atelectasias, siendo necesaria una ventilación con presión positiva.



BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-2-posturas-quirurgicas>
- <https://universidadeuropea.com/blog/posiciones-anatomicas-paciente/>
- <https://colegiofernandodearagon.cl/wp-content/uploads/2020/07/3%C2%B0-MEDIO-Gu%C3%ADa-1-Classroom.-Aplicaci%C3%B3n-de-cuidados-b%C3%A1sicos.pdf>