

POSICION DE TRENDELENBURG VENTAJAS Y DESVENTAJAS

La posición de Trendelenburg fue creada por Bandenhauer, en Colonia hacia 1857, pero quien la describió, utilizó y preconizó su uso fue el urólogo alemán Friederich Trendelenburg en 1860. Treinta años después la describe: "Como una posición en V invertida, con las rodillas flexionadas y en donde el punto más alto del eje corporal es la pelvis, de tal manera que los órganos abdominales caen en la concavidad del diafragma por virtud de su propio peso". Las cosas cambian con el tiempo y la posición de Trendelenburg no es la excepción; si le pedimos al personal que labora en unidades hospitalarias que nos describa esta posición la mayoría contestará que es aquella en la que el paciente se encuentra en posición supina, en un plano inclinado y con los miembros pélvicos más elevados que la cabeza. A su vez diccionarios médicos como Dorland, Butterworth, Stedman, Tabor y Blakeston-Gold la describen de manera similar. La edición de Taber además asevera: "es de utilidad en cirugía abdominal y en casos de choque y baja presión".

A la luz de los avances tecnológicos puede decirse que la posición de Trendelenburg excepcionalmente ayuda al paciente y en gran número de casos y sobre todo cuando el paciente es de alto riesgo es francamente deletérea. La supuesta carga de volumen endógeno en pacientes sanos normovolémicos apenas llega al 1.8%, algunos autores mencionan un aumento del 10% en el índice cardíaco pero hasta el momento no hay un estudio prospectivo adecuado en donde se demuestre que pueda ser de utilidad en el estado de choque. Debe tomarse en cuenta que por ejemplo los politraumatizados pueden también tener traumatismo craneoencefálico y la posición de Trendelenburg agrava el edema cerebral; es por eso algunos clínicos recomiendan elevar solamente los miembros pélvicos.

Es frecuente observar el uso de la posición de Trendelenburg para producir ingurgitación yugular y así facilitar la canalización de estos vasos; pero los pacientes con enfermedad coronaria y fracciones de eyección bajas (< 54%) la toleran pobremente y puede haber una elevación importante del índice presión-frecuencia con el subsecuente aumento de la demanda de oxígeno por el miocardio. Los cambios en la función pulmonar son importantes y a 45° de inclinación hay disminución importante de la capacidad residual funcional y del volumen pulmonar total; existe también mayor predisposición a atelectasias y edema; y un punto importante para el anestesiólogo es que si ha dejado la punta del tubo endotraqueal muy cerca de la carina, el desplazamiento de la tráquea puede provocar que el tubo se desplace hacia el bronquio derecho.

Otras de las complicaciones observadas con relativa frecuencia es la lesión de los nervios periféricos, principalmente el plexo braquial, ya que al establecerse la posición de Trendelenburg, puede exagerarse la abducción de los miembros torácicos por lo que se recomienda que si piensa que esta posición se utilice dentro del acto quirúrgico, será más conveniente asegurar los brazos a los lados del paciente. Si se usa esta posición con las rodillas flexionadas la estasis venosa en miembros pélvicos es mayor y cuando se tiene a la pelvis como puntos más altos para cirugía ginecológica se han descrito casos raros, afortunadamente, de embolismo aéreo masivo.

Con lo anterior no se trata de satanizar o proscribir a la posición de Trendelenburg, ya que si su utilización ayuda a que el cirujano termine su labor en menos tiempo esto redundará en beneficio de nuestros pacientes al acortar la duración del acto anestésico. Deben tomarse en cuenta las condiciones del paciente y conocer las complicaciones que se derivan del uso de esta posición y ser más selectivos en su utilización.

ARNULFO BENITO CARBALLAR-LOPEZ
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL