

OBESIDAD Y CIRUGÍA. ANESTESIA. COMPLICACIONES

OBESIDAD y CIRUGÍA

Dr. LUIS ALBERTO CARREROU PERRENG

INTRODUCCIÓN:

Entre los cirujanos existe el concepto, que entiende a la obesidad como factor negativo para los pacientes que deben someterse a cirugía.

Esto está referido tanto al intra-operatorio: aumento del tiempo quirúrgico, aumento del sangrado; como en el postoperatorio: aumento del riesgo de infección del sitio quirúrgico, y de trombosis venosa.

Los textos de cirugía así lo refieren, aunque no hay muchos trabajos sobre el tema. Sí existen numerosos trabajos sobre los riesgos de los procedimientos que tratan la obesidad misma.

Como estas anotaciones son hechas por un cirujano general, los conceptos que son vertidos aquí, son referidos mayormente a los procedimientos de esta rama quirúrgica. Los temas vinculados al acto anestésico los referirá el Dr. Turcatti.

Tampoco serán considerados temas vinculados a los riesgos de morbilidad no quirúrgica de estos pacientes, como la embolia pulmonar y otros .

Las definiciones de obesidad, sobrepeso etcétera; como los distintos índices utilizados, se dan por comprendidos debido a quienes van dirigidas.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La primer idea a conceptualizar, es que la obesidad no incide de igual forma en los distintos tipos de cirugía.

En la cirugía de cuello por ejemplo no constituye un elemento de complicación directa. Sí lo hace el biotipo brevilineo, de cuello corto que tienen muchos de estos pacientes, que no permite una exposición amplia.

En cirugía de tórax, tampoco la obesidad es un tema de preocupación mayor. Excepto en los planos de cubierta en que aumenta el tiempo de abordaje.

En la cirugía abdominal y pelviana sí afecta su desarrollo de forma diversa. Se suma a lo comentado del abordaje de la cirugía torácica, las

dificultades de manejo visceral, de exposición, de reconocimiento de elementos anatómicos; el mayor sangrado, mayor tiempo quirúrgico. Este último elemento mencionado, a su vez se relaciona con mayor pérdida de fluidos, mayores cantidades de drogas anestésicas y con mayor índice de infección del sitio quirúrgico.

En una revisión de este tema publicada por los Drs. Choban y Flancbaum, en el Journal of the American College of Surgeon, en 1997; se analizan trabajos publicados sobre el impacto de la obesidad en la evolución de los pacientes sometidos a diversos tipos de cirugía. En ellos no se encuentran pruebas que sostengan un aumento del riesgo de mortalidad en la cirugía ginecológica. Sí se determina un número mayor de complicaciones a nivel de la herida operatoria.

Revisiones sobre colecistectomía hablan de similar ocurrencia eventos adversos para obesos y no obesos en esta cirugía. Respecto a la colecistectomía laparoscópica, aunque en un principio se pensó en la obesidad como una contraindicación relativa hoy no es así. Si bien no hay unanimidad, hay autores que hablan de un mayor número de conversiones a cirugía abierta en el paciente obeso, otros que lo niegan. Más todavía, hay quienes la recomiendan como la técnica de elección aun en la obesidad mórbida. Solo se apunta un aumento del tiempo quirúrgico.

En cirugía de la úlcera duodenal se reportó una incidencia de 15.3% de infección de herida en los pacientes con sobrepeso versus 8.4 % en quienes no tenían esa condición.

En cirugía mamaria, existe un aumento de la infección de la herida quirúrgica y de seromas. Así también se menciona una disminución del período libre de enfermedad de pacientes con sobrepeso al momento del diagnóstico, comparándolas con la de las pacientes con peso normal, en estadios comparables.

En cirugía traumatológica, sobre todo en la cirugía de remplazo articular son materia de preocupación el efecto de la obesidad sobre el devenir inmediato de la operación y sobre la vida útil de la prótesis. Como en general sí se comprueba un aumento del tiempo operatorio, no mayor incidencia de otras complicaciones. En cuanto a la duración de la prótesis no hay conclusiones válidas ya que han mejorados los aspectos técnicos de las mismas y no hay aun un seguimiento suficiente.

Otro aspecto del paciente quirúrgico obeso que sería oportuno mencionar es el paciente obeso traumatizado. Los pacientes grandes obesos tiene una mortalidad entre 5 y 8 veces mayor que los con sobrepeso moderado o normales. Tiene un patron lesional diferente con mayores injurias torácicas y pelvianas, con menor lesión cerebral o hepática.

En cuanto a la cirugía colónica se debe decir que la obesidad tiene trascendencia. Si bien considerada globalmente tiene como la mayoría de los procedimientos comentados, una incidencia de complicaciones semejante con los no obesos, debe diferenciarse la cirugía rectal, de la colónica, y la colónica izquierda de la colónica derecha.

En un importante trabajo de abril del 2000 se concluye en los siguientes conceptos.

En cirugía rectal existe un aumento de los requerimientos de reposición sanguínea, aumento del número de fallas de sutura, aumento de hemorragia postoperatoria y de infección de herida cuando se trata de pacientes obesos.

En las colectomías izquierdas existe mayor morbilidad en obesos que en no obesos referido sobre todo a la ocurrencia de colecciones intraperitoneales.

Para el caso de las colectomías derechas no se comprueba una incidencia mayor de complicaciones para uno y otro caso.

### CONCLUSIONES

Las indicaciones de cirugía para las enfermedades de tratamiento quirúrgico son las mismas para pacientes obesos que no obesos.

En la gran mayoría sólo se observa un aumento de la morbilidad perioperatoria, particularmente a nivel de la herida.

Existen procedimientos donde la obesidad juega su rol importante ante los cuales el cirujano ha de tomar precauciones y advertir y preparar a su paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1)- Choban PS, Flancbaum L. The impact of obesity on surgical outcomes: a review. J Am Coll Surg. 1997;185:593-603.
- 2)- Benoist, Stéphane MD; Panis, Yves MD, PhD; Alves, Arnaud MD; Valleur, Patrice MD Impact of Obesity on Surgical Outcomes after Colorectal Resection [Am J Surg. 2000;179\(4\):275-281](#)
- 3)- Pemberton LB, Manax WG. Relationship of obesity to postoperative complications after cholecystectomy. Am J Surg. 1971;121:87-90
- 4)- Foley K, Lee RB. Surgical complications of obese patients with endometrial carcinoma. Gynecol Oncol. 1990;39:171-174.
- 5)- Golub R, Golub RW, Cantu R, Stein HD. A multivariate analysis of factors contributing to leakage of intestinal anastomosis. J Am Coll Surg. 1997;184:364-372
- 6)- Rullier E, Laurent C, Garrelon JL, et al. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. Br J Surg. 1998;85:355-358
- 7)- Blee T, Belzer G E, Lambert P. Obesity: Is there an increase in perioperative complications in those elective colon and recta resection for carcinoma?. Am Surg 2002;68(2):163-165.
- 8)- panel discussion. Risk factors and surveillance for surgical wound infections. Surgery 2000;128:S2-S13.

### ANESTESIA . COMPLICACIONES

\_Dr.Gaston Turcatti

ANESTESIA DEL OBESO Categorías de problemas en el obeso:

- 1- MECÁNICOS
- 2- SICOLÓGICOS

### 3- FISIOPATOLOGICOS

#### PROBLEMAS MECANICOS:

- 1- Dificultades en el traslado
- 2- Mesa de operaciones angosta
- 3- Manguitos de Presion Arterial inadecuado
- 4- Dificultades en la via venosa
- 5- Problemas con las posiciones para la cirugia
- 6- Problemas para el acceso peridural
- 7- Lesiones por apoyo
- 8- Prolongacion del acto quirurgico-anestesico

#### PROBLEMAS SICOLOGICOS:

- 1- Mal comprendidos, cooperan poco
- 2- Tendencia a la depresion
- 3- Culpabilidad por sus habitos alimenticios
- 4- Descontento con su aspecto fisico
- 5- Imagen distorsionada de su cuerpo
- 6- Creen no necesitar ayuda, no ser inefectivos
- 7- Cuidado con comentarios sobre su apariencia

#### PROBLEMAS FISIOPATOLOGICOS.

- 1- Evaluacion Preoperatoria:
  - a- Historia clinica detallada, ejercicio
  - b- Examen fisico: mov. del cuello
  - c- Paraclinica: ECG, Gasometria, Fun. Respiratorio, Rx. Torax, Fun. hepatico
  - d- Corticoterapia cronica