



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

## Implicaciones anestésicas de la obesidad en pacientes sometidas a una cesárea

**Artículo original:** O. A. Bamgbade, W. M. Khalaf, O. Ajai, R. Sharma, V. Chidambaram, G. Madhavan. Obstetric anaesthesia outcome in obese and non-obese parturients undergoing caesarean delivery: an observational study. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2009; 18: 221-225 ([PubMed](#))

Serrano ML.

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid*

### Resumen

La obesidad en la embarazada debe ser considerada una situación de alto riesgo porque se asocia a complicaciones a corto y largo plazo.

La obesidad supone un factor de riesgo anestésico. En el informe presentado en 2007 por "The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health" (CEMACH) había seis muertes que estaban directamente relacionadas con la anestesia de las que cuatro eran pacientes obesas y dos obesas mórbidas. Además de la patología previa coexistente con la obesidad como diabetes mellitus e HTA crónica durante el embarazo tienen más probabilidad de HTA inducida por el embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, tromboembolismo, macrosomía y muerte intrauterina en etapas avanzadas del embarazo, así como un aumento de partos instrumentados y cesáreas.

La morbi-mortalidad es también mayor en cesáreas de pacientes obesas. Recientes revisiones demuestran estas pacientes tienen un aumento del riesgo anestésico tales como fallo de intubación y aspiración. La mayor parte de los autores coinciden en que la anestesia regional es la técnica preferible para la cesárea en ellas.

En este estudio se pretende conocer las implicaciones de la obesidad en el grupo de parturientas sometidas a cesárea, y además compararlas con la misma situación en no-obesas.

### Introducción



La obesidad en la embarazada debe ser considerada una situación de alto riesgo porque se asocia a complicaciones a corto y largo plazo.

La obesidad supone un factor de riesgo anestésico. En el informe presentado en 2007 por "The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health" (CEMACH) había seis muertes que estaban directamente relacionadas con la anestesia de las que cuatro eran pacientes obesas y dos obesas mórbidas.

Además de la patología previa coexistente con la obesidad como diabetes mellitus e HTA crónica durante el embarazo tienen más probabilidad de HTA inducida por el embarazo,

preeclampsia, diabetes gestacional, tromboembolismo, macrosomía y muerte intrauterina en etapas avanzadas del embarazo, así como un aumento de partos instrumentados y cesáreas (1).

La morbi-mortalidad es también mayor en cesáreas de pacientes obesas. Recientes revisiones demuestran estas pacientes tienen un aumento del riesgo anestésico tales como fallo de intubación y aspiración. La mayor parte de los autores coinciden en que la anestesia regional es la técnica preferible para la cesárea en ellas.

En este estudio se pretende conocer las implicaciones de la obesidad en el grupo de parturientas sometidas a cesárea, y además compararlas con la misma situación en no-obesas.

## Resumen

El presente estudio examina la prevalencia y el impacto de la obesidad entre las parturientas que son sometidas a cesárea. Se trata de un estudio prospectivo observacional de 1477 cesáreas consecutivas realizadas en un hospital general durante un periodo de 6 años. Los datos fueron recogidos, y verificados, por anestesiólogos obstétricos de una base de datos electrónica. (Se excluyeron los casos cuyos datos estaban incompletos del total inicial de 2036 pacientes).

La obesidad fue definida de acuerdo con la definición de la OMS:  $IMC > 30$   $kg/m^2$  (se hicieron dos subgrupos entre 30-35% y de 35-40%) y obesidad mórbida  $> 40$   $kg/m^2$ .

El patrón de resultados medidos fue analizado y comparado entre el grupo de obesas y el de no obesas.

**Resultados:** La prevalencia de obesidad fue de 54,3%, incluyendo 7,2% de obesidad mórbida.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la distribución, en relación con el IMC, de edades, paridad, cesárea urgente o emergente, entre ambos grupos (obesas/no-obesas).

La técnica anestésica utilizada (anestesia epidural, intradural o anestesia general) presentó similar frecuencia entre el grupo de obesas y no obesas para cesárea electiva y urgente. Anestesia intradural y general fueron las técnicas más usadas tanto en cesárea emergente como electiva.

La frecuencia de fallos de la anestesia neuroaxial fue del 3%. Esto incluía 29 de las 989 anestesiaciones espinales (2,9%). No había diferencia significativa entre el grupo de obesas y no-obesas en la frecuencia de fallos de la anestesia espinal. Cuatro de las 94 epidurales fallaron, todas entre parturientas obesas, aunque la diferencia no fue significativa con el grupo de no obesas.

Sin embargo sí había diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la frecuencia de parturientas obesas que requirieron más de dos intentos para realizar la técnica neuroaxial en comparación con el grupo de no obesas.

Entre las que se realizó anestesia general, el grado de laringoscopia fue similar entre ambos grupos.

La satisfacción con las diferentes técnicas anestésicas (en términos de efectividad anestésica, analgesia postoperatoria y complicaciones) fue similar en el grupo de obesas y no-obesas. La incidencia de cefalea (0,8%), náusea (2%), vómitos (0,9), dolor de garganta (0,5%) fue similar en ambos grupos.

No hubo mortalidad perioperatoria.

**Conclusión:** En el estudio no se encontraron diferencias entre obesas y no obesas en la frecuencia de cesáreas, co-morbilidad, indicación de cesárea, uso de una particular técnica anestésica o complicaciones. La anestesia neuroaxial tiene baja frecuencia de fallos. Aunque la anestesia epidural puede ser difícil de realizar, las técnicas regionales pueden ser realizadas satisfactoriamente en pacientes obesas incluso en cesáreas emergentes.

### Comentario

Se trata de un artículo interesante porque compara el grupo de pacientes obesas a las que se realiza una cesárea con pacientes no obesas y existen pocos estudios en este sentido. Hay estudios sobre la obesidad en pacientes obstétricas, (1-2) pero con poca bibliografía que compare ambos grupos. Además, es una población homogénea, numerosa, y recogiendo resultados de forma retrospectiva (este estudio refleja la utilidad de las bases de datos en cuanto a la gran información que pueden aportar al revisarlas).

Los resultados son, cuando menos, tranquilizadores porque, aunque la anestesia neuroaxial pueda resultar técnicamente más difícil en obesas, no encuentran diferencia significativa en la incidencia de fallos, incluso en el caso de cesáreas emergentes. Además la dificultad encontrada no llega a ser estadísticamente significativa, siendo recomendable la colocación de un cateter epidural en etapas tempranas de la analgesia del parto. Esto es de gran importancia ya que, como el propio artículo y el resto de la literatura refieren, la incidencia de complicaciones graves y muertes ha disminuido en las cesáreas desde el aumento de la anestesia regional frente a la anestesia general en las cesáreas

También es muy interesante que el grado de la laringoscopia en ambos grupos es similar. Publicaciones previas, no habían podido comparar estos grupos (3).

En cuanto a no encontrar una mayor prevalencia de la obesidad, los autores intentan justificarlo con una pequeña trampa considerando el IMC > 35 %. Deberían en todo caso, haber considerado el peso al inicio del embarazo, como hacen otros autores en sus publicaciones.

En cuanto a la co-morbilidad e indicaciones de la cesárea posiblemente no serían extrapolables los datos a la población obstétrica general, ya que se trata sólo de las pacientes sometidas a cesáreas.

En relación con estos temas recomiendo la última revisión sobre la anestesia y obesidad (4).

### Bibliografía

- 1.- Dixit A, Girling JC. Obesity and pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2008; 28(1): 14-23 ([PubMed](#)).
- 2.- Heslehurst N, Simpson H, Ellis LJ et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. Obes Rev 2008; 6: 635-638 ([Resumen](#))
- 3.- Rahman K, Jenkins JG. Failed tracheal intubation in obstetrics: no more frequent but still badly managed. Anaesthesia 2005; 60: 168-171 ([PubMed](#))
- 4.- Roofthoof E. Anesthesia for the morbidly obese parturient. Current Opinion in Anaesthesiology 2009; 22(3): 341-346 ([PubMed](#)).

---

#### Correspondencia al autor

Mari Luz Serrano  
[mlserrano@fhacorcon.es](mailto:mlserrano@fhacorcon.es)  
 Unidad de Anestesia y Reanimación

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón.  
Madrid*

---

Publicado en AnestesiaR el 9 de  
octubre de 2009

