

## **Abordaje de la vía aérea y manejo transdisciplinario en el paciente bariátrico. Integración quirúrgica-anestésica en cirugía de obesidad**

Dr. Luis Aceves-López,\* Dra. Lizzet Villalobos,\*\* Dr. Rodrigo Aceves-Zavala\*

\* Cirujano General y Cirujano Bariátrico Certificado.  
\*\* Anestesióloga Bariátrica.

Centro Bariátrico Metabólico Dalinde. Centro Médico Dalinde.

Desde hace muchos años, se han aplicado múltiples algoritmos buscando integrar pasos y procedimientos al que hacer quirúrgico. Los médicos de diferentes especialidades que participan en el proceso de atención previa y durante una cirugía deben tener conocimiento de su participación y rol en la atención correspondiente.

En el caso de los procedimientos bariátricos, este proceso está normado de forma oficial en la actualidad e involucra a un grupo mayor de profesionistas desde la atención inicial del paciente<sup>(1)</sup>.

Es relevante establecer una integración en diferentes grupos multidisciplinarios, pero la importancia de un diálogo entre el cirujano y el Anestesiólogo antes, durante y al final de cualquier cirugía son prioritarios y más aún en un procedimiento bariátrico por la importancia y conocimiento del comportamiento biológico, morbilidad, mortalidad y los recursos e implementos tecnológicos que existen y se emplean en estos procedimientos quirúrgicos<sup>(2)</sup>.

Por tal motivo, el paciente con obesidad que será sometido a cirugía, nunca debe considerarse como un procedimiento sencillo, minimizando riesgos o limitando procesos, ya que habitualmente esta condición suele verse subestimada.

Es importante que se cuente con un adecuado conocimiento y estudio del paciente, las valoraciones clínicas requeridas y una planeación de los pasos anestésicos quirúrgicos sin omitir los riesgos.

Los estudios básicos que requiere el TAQB (*Team Anestésico Quirúrgico Bariátrico*) se encuentran incluidos en el cuadro I.

Cuando un paciente será sometido a un procedimiento bariátrico, la evaluación inicial debe incluir un análisis del entorno psicológico, nutricional, emocional y conductual, para saber si éste, es candidato al procedimiento, ya una vez con estas calificaciones ingresa a un segundo proceso de evaluación con el resto del equipo multidisciplinario (Figura 1).

Una vez culminada la valoración secundaria, se concreta el plan de atención, procedimiento a realizar y estrategia de abordaje del paciente, esto de manera conjunta entre el cirujano, anestesiólogo y médico internista. Se les explica al paciente y la familia el procedimiento, riesgos y beneficios del mismo y se da a conocer consentimientos informados y compromiso terapéutico al paciente.

Durante el desarrollo del procedimiento y en el inicio del perioperatorio la comunicación entre el TAQB debe ser mayor, iniciando desde el traslado del paciente hasta la colocación en la mesa de operaciones, se debe informar el sitio de acceso abdominal, el tipo de material y energía que se

**Cuadro I. Estudios básicos preoperatorios.**

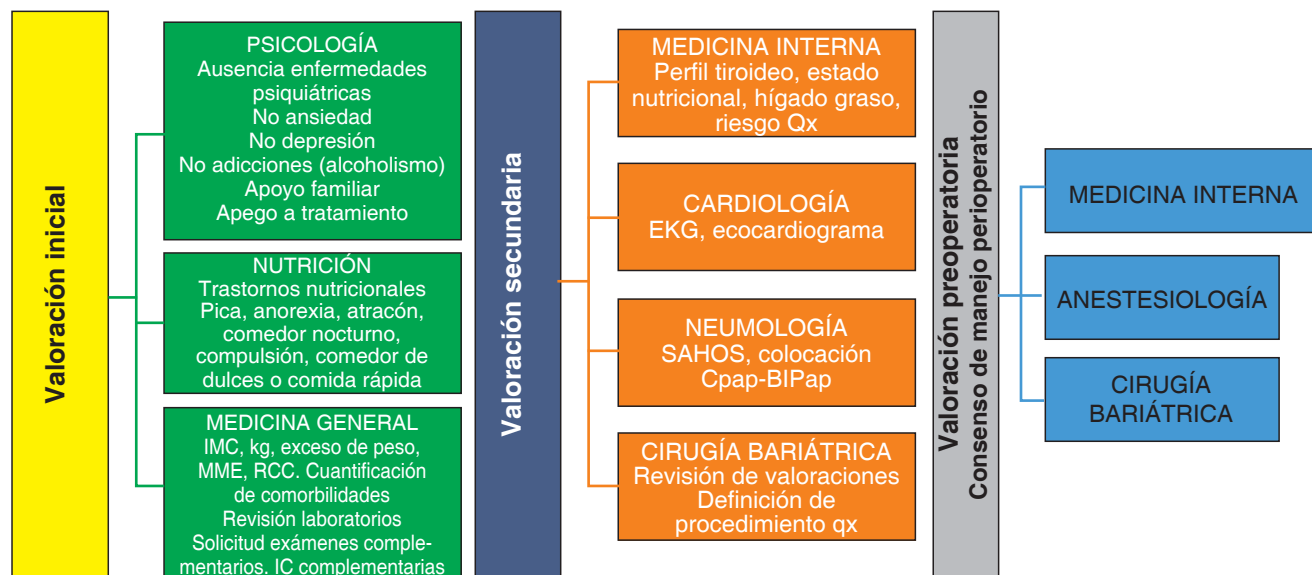
Biometría hemática	Tiempos de coagulación
Química sanguínea	Tele de tórax
Pruebas de funcionamiento hepático	EKG
Gasometría arterial	Polisomnografía (en caso necesario)
Ecocardiograma	USG hígado y vías biliares
Oximetría nocturna	

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

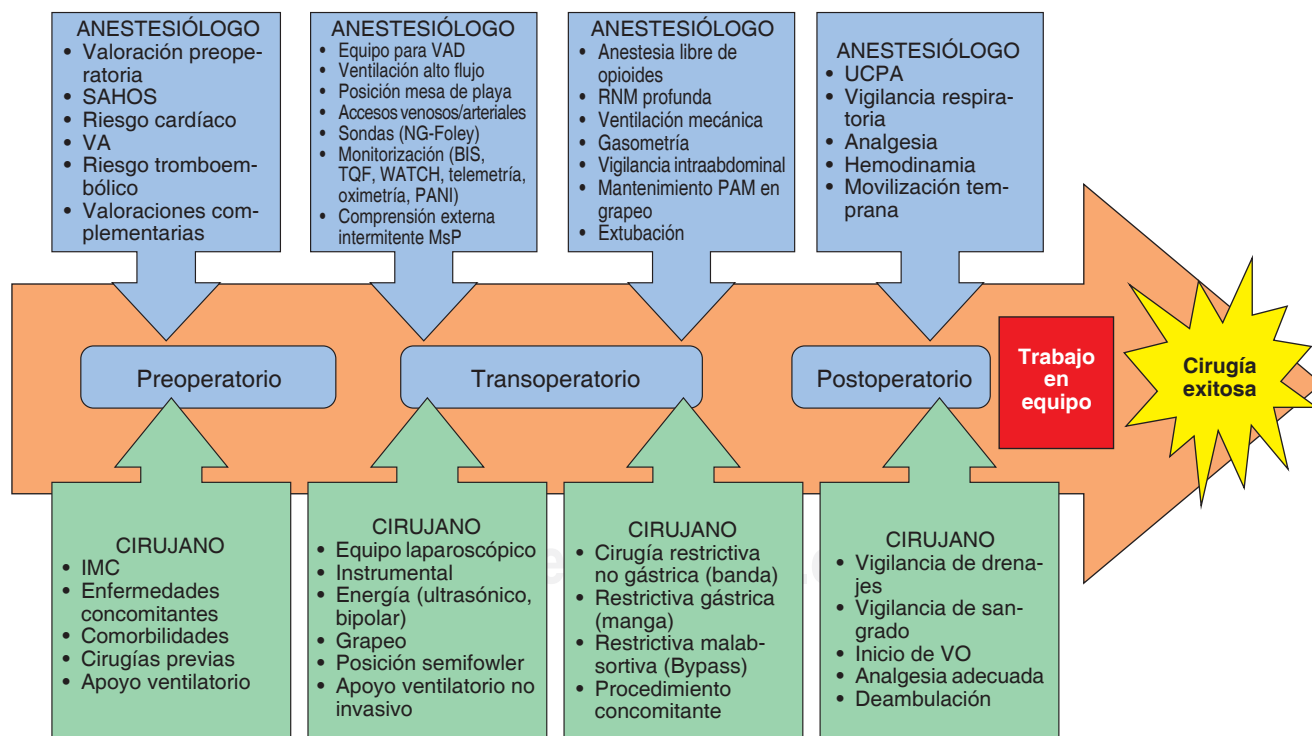
empleará, así como la eventual posibilidad de procedimientos concomitantes. Es obligatorio que el cirujano se encuentre familiarizado con la monitorización, riesgos, y cada uno de los procesos que realiza el anestesiólogo, para que pueda

coordinarse con él sobre las necesidades quirúrgicas del paciente (Figura 2).

Y es de suma importancia que a su vez el anestesiólogo conozca la técnica quirúrgica y los pasos críticos de la misma,



**Figura 1.** Protocolo de evaluación del paciente bariátrico. NOM-008 SSA.



**Figura 2.** Logística del perioperatorio anestésico-quirúrgico en el paciente bariátrico.



**Figura 3.** Pasos críticos y acciones de los procedimientos bariátricos.

para que pueda seguir durante el procedimiento el actuar del cirujano, informando al mismo TAM, profundidad de relajación neuromuscular, alteraciones hemodinámicas, e incluso realice modificaciones en el pneumoperitoneo del paciente<sup>(3)</sup> (Figura 3).

Una vez iniciado el procedimiento él es quien controla el manejo titular, pero debe informar en todo momento al anestesiólogo el tipo de manipulación que realiza y cuando es necesario movilizar o traccionar órganos intraabdominales como sucede con el esófago, colon y en ocasiones con el epilón pues generan reflejos vágales que condicionan riesgos<sup>(4)</sup>.

Este tipo de cirugías requieren una relajación neuromuscular profunda, ya que ésta facilita la exposición visceral, con un impacto hemodinámico menor, este concepto fue poco considerado hasta hace algunos años, pero al pasar el tiempo se ha demostrado su utilidad brindando un margen de seguridad mayor y menor porcentaje de aparición de lesiones y complicaciones durante la manipulación quirúrgica, menor presencia de dolor postoperatorio y protección del flujo renal<sup>(5)</sup>.

Una vez terminado el procedimiento la colocación de drenajes o corroboración de hemostasia debe darse cuando las constantes del paciente se encuentren lo más cercano a su basal y una vez extubado el paciente se decidirá el área de

vigilancia (UCPA o Unidad de Terapia Intermedia). Siendo la clave de una cirugía exitosa la adecuada comunicación entre el binomio cirujano-anestesiólogo.

El cuidado del paciente por parte del TAQB culmina no sólo con el término de la cirugía, sino hasta que el paciente regresa a casa.

Y continúa de manera constante en el postoperatorio con el manejo del equipo multidisciplinario a largo plazo (Psicólogo, Nutriólogo, Internista, Neumólogo, Rehabilitador). Esto, hasta que el paciente pueda llevar él solo las riendas de su estado de salud<sup>(6)</sup>.

Siempre será fundamental en una sala de quirófano la comunicación y compromiso entre anestesiólogos y cirujanos, ya que genera mayor satisfacción y seguridad para ambos grupos en sus procesos, haciendo más agradable esta experiencia.

Podemos concluir así que la mejora en la calidad quirúrgica es un proceso dinámico, en el que intervienen el esfuerzo de todos los profesionistas de la salud, la familia y el mismo paciente, favoreciendo la recuperación del mismo.

Y recordemos que actualmente el origen de los manejos vanguardistas, no se encuentra en un material o equipo quirúrgico, sino tiene como factor fundamental el manejo transdisciplinario integrantes del equipo quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida. México Secretaría de Salud. 2009.
2. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg.* 2016;40:2065-2083. doi:10.1007/s00268-016-3492-3.
3. Ortiz CJ. Pneumoperitoneo: principios básicos. *Rev Med Cost R y Cent.* 2014;71:753-758.
4. Guerri-Guttemberg RA, Siaba F, Cacheiro. Reflejos cardiovasculares. Implicación en Anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013;60:448-456.
5. Muñoz CH. Importancia de la relajación neuromuscular en cirugía laparoscópica. *Rev Mex Anesthesiol.* 2014;37:113-117.
6. Małczak P, Pisarska M, Piotr M, Wysocki M, Budzyński A, Pędziwiatr M. Enhanced recovery after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2017;27:226. doi:10.1007/s11695-016-2438-z