



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## V-002 - OBESIDAD e HIPOVENTILACIÓN RESPIRATORIA

A. González García e I. Hidalgo

Acute Medicine. Great Western Hospital. Swindon. Reino Unido.

### Resumen

**Objetivos:** Obesidad es la nueva crisis de salud de la sociedad. En Reino Unido 24,8% de adultos son obesos, entre los más altos de Europa del Oeste. Ser obeso aumenta el riesgo de muchas enfermedades: DM, hipertensión, infarto cerebral y fallo respiratorio. También se identifica la obesidad como segundo riesgo de cáncer después de fumar. En nuestra Unidad de Medicina Aguda hemos observado que el número de pacientes con hipoventilación respiratoria debido a obesidad ha aumentado de manera significativa. El proceso de referir a pacientes a la clínica de obesidad hospitalaria es compleja. Nuestro estudio quería analizar el número de pacientes con hipoventilación respiratoria (necesitando ventilación mecánica) que fueron referidos a nuestra clínica de obesidad en el hospital, cuantos tuvieron cirugía bariátrica y cuantos pudieron parar de usar ventilación mecánica.

**Material y métodos:** Nosotros identificamos los pacientes de la clínica de apnea del sueño. Seleccionamos los pacientes con diagnóstico de hipoventilación por obesidad (OH) y apnea obstructiva del sueño (OSA) desde el año 2000-2017. Excluimos pacientes con otros diagnósticos y cuando el diagnóstico no estaba documentado en la lista de la clínica. Obtuvimos los datos de peso/índice de masa corporal y otras comorbilidades de las notas clínicas. Nosotros tuvimos reuniones con los dietistas y endocrinos de la clínica de obesidad para discutir nuestro estudio.

**Resultados:** La lista original de la clínica de apnea del sueño era de 232 pacientes desde el año 2000. De estos 78 pacientes identificamos con diagnóstico OH/OSA, 68 pacientes no tenían diagnóstico documentado y otros 86 tenían otros diagnósticos: EPOC, apnea central, enfermedades musculares y deformaciones torácicas. De los 78 pacientes estudiados: 20 (41,6%) tiene OH solo, 14 (17,9%) tienen OSA solo y 44 (56,4%) tienen combinación OSA/OH. 33 (42,5%) eran hombres, 45 (57,5%) eran mujeres. Edad media 63 años. El peso varía de 77-232 Kg, con la mayoría entre 100-150 Kg 43 (55%) tienen diabetes. 7 (8,9%) tienen enfermedad del hígado graso no alcohólico 19 (24,35%) tienen EPOC. De los 78 pacientes solo 20 (25,6%) fueron vistos en la clínica de obesidad del hospital. Solo dos tuvieron cirugía bariátrica. 28 (35,8%) estaban documentados muertos a la hora de nuestro estudio.  $31 \pm 2$  (70%) estaban usando ventilación mecánica.

**Discusión:** El número de pacientes con obesidad mórbida que necesita ventilación mecánica es muy grande, sin contar con los pacientes excluidos por falta de documentación. Solo 20 (25,6%) de los pacientes se vieron en la clínica de obesidad. A pesar de las comorbilidades no muchos fueron referidos a esa clínica. Solo dos tuvieron cirugía bariátrica, con éxito pararon de usar ventilación mecánica. El método de referencia a la clínica de obesidad es muy complejo ya que requiere evidencia de voluntad del paciente para perder peso durante 5 años y preparación psicológica para cirugía. La mortalidad es muy alta, 35,8% estaban muertos al tiempo del estudio.

*Conclusiones:* La obesidad es un gran problema en la sociedad. La hipoventilación respiratoria es una de las complicaciones con alta mortalidad. Hay que mejorar el tratamiento de obesidad en estos pacientes. Nuestro plan de acción es: 1. Referir pacientes directamente desde la clínica de apnea respiratoria a la de obesidad. 2. Aumentar el número de dietistas que puedan ver este tipo de pacientes cuando están admitidos en Medicina Interna. 3. Dar tablas de actividad física/ejercicio a los pacientes en las salas de hospital.