



IMPLICANCIAS DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO SU REGLAMENTACIÓN

Curso Anual Auditoría Médica 2015
Hospital Alemán

Dra. Marta González
Dr. Esteban Dottavio
Claudia Mejias



Índice

Introducción.....	1
Análisis de la problemática.....	3
Historia de la cirugía.....	5
Consideraciones generales.....	11
Evaluación inicial a la cirugía.....	13
Estudios pre-quirúrgicos a solicitar.....	14
Ley de Obesidad N° 26396/08 (Nación).....	19
Resolución 742 del año 2009.....	22
Contraindicaciones de la cirugía.....	23
Fotos habitaciones.....	24
Conclusión final.....	26
Bibliografía.....	27

Introducción

La obesidad y el sobrepeso es la resultante del desequilibrio entre la ingesta y el gasto de calorías.

La OMS define a la obesidad como la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, ubicándola entre los diez factores de riesgo más perjudiciales para la salud.

Las personas que tienen sobrepeso, tienen mayor morbimortalidad que aquellos de su mismo sexo y edad con índice de masa corporal dentro de los parámetros normales.

Hay una tendencia mundial a la mayor ingesta de alimentos hipercalóricos, menos saludables y más manufacturados, escasos en vitaminas y minerales, así como un aumento de requerimientos en tiempo real de la demanda laboral, secundaria a la crisis económica mundial, que lleva a la disminución de horas dedicadas a tareas lúdicas, de actividades al aire libre, tiempo dedicado a la actividad física y aumento del sedentarismo. La menor disponibilidad de tiempo para los traslados en las diferentes ciudades de un lugar a otro, lleva a un mayor uso de los medios de transporte, como autos, colectivos o trenes desplazando así la movilización del común de la población por caminatas, patines, patinetas, bicicletas, etc.

En el año 2005 al menos 4 millones de adultos eran obesos y en países como Inglaterra y EEUU, las tasas de obesidad aumentaron a más del doble en los últimos 25 años.

La obesidad en Inglaterra en mayores de 16 años tiene una prevalencia de 24% y la obesidad mórbida en este país corresponde al 2,1% mientras que ésta última en EEUU es del 5.1%.

Actualmente en la Argentina el 17% de la población es obesa y esto corresponde a 7 millones de personas*.(* Nación & Salud. Lunes 20 de julio 2015. Ley de Obesidad y Cuotas de las Prepagas). Así hay una relación estrecha entre obesidad y enfermedad, especialmente del síndrome metabólico.

El síndrome metabólico es un conjunto de enfermedades relacionadas con el aumento de masa corporal tales como hipertensión, dislipemia, diabetes II con insulino resistencia.

La obesidad condiciona también el aumento de patologías vasculares como (hipertensión /ACV) que son los responsables de 17 millones de muertes anuales.

A estos deben sumarse otras enfermedades vinculadas con el sobrepeso como los

desórdenes músculo esqueléticos (osteoartrosis) que dificultan la movilidad y disminuyen la aptitud física de los pacientes que la padecen, también aumenta la predisposición a ciertos tipos de cánceres (mama de la postmenopausia) y favorece otras enfermedades seculares, como EPOC, apnea de sueño, infertilidad, complicaciones obstétricas, desórdenes psiquiátricos con tendencia a la depresión y consecuentemente menor rendimiento laboral y mayor porcentaje de ausentismo*. (*Costos de la Atención Médica Derivadas del Sobrepeso y la Obesidad. Lectura sugerida de Biblioteca del Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán. Autores: Clausi/Clausi/Rappetti. Cuadro sobre Riesgos de la Obesidad.).

La obesidad genera un aumento de los costos en salud directos, relacionados con el diagnóstico, tratamiento y consultas médicas de enfermedades asociadas a esta, indirectos como señalamos previamente con el ausentismo y menor rendimiento laboral, e intangibles que tienen que ver con mayor dosis de medicación, complicaciones de patología asociadas y aumento de los gastos relacionados con las actividades de la vida diaria, ejemplo: doble asiento en el avión clase turista o requerimiento de primera clase para los viajes en avión de distancias mayores , dificultad de viajar en colectivo, etc.

Análisis de la problemática

El método más común y universal para clasificar la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) que surge del cálculo del peso del cuerpo en kilogramos dividido por la estatura al cuadrado del individuo:

$$\text{IMC: } \frac{\text{peso del cuerpo en kg}}{\text{Estatura}^2 \text{ (Mts.)}}$$

IMC: KG / Estatura² (Mts.) * - (*) Fórmula para calcular el Índice de Masa Corporal. www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php

Por ejemplo, una persona que pesa 120 kilos y mide 1,65 metros, tiene un IMC igual a 44, lo que implica una Obesidad Mórbida o Extrema, con un alto riesgo para desarrollar eventos cardiovasculares.

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Estatura}^2} = \frac{120 \text{ kg}}{1,65 \times 1,65} = \frac{120 \text{ kg}}{2,7225} = 44$$

Interpretación del resultado de la fórmula:

- 18 o menos: bajo peso
- 18,5 – 24,9: normal
- 25 – 29,9: sobrepeso
- 30 – 34,9: obesidad tipo I
- 35 – 39,9: obesidad tipo II
- Más de 40: obesidad tipo III
- Más de 50: súper obesidad

Las conductas de tratamiento conservadoras en el manejo de la obesidad: dieta, actividad física y terapia cognitiva conductista, conducen a una significativa pérdida de peso sólo en aquellos pacientes altamente motivados. Esto se logra por cortos períodos de tiempo y son muy frecuentes las recaídas. Drogas como sibutramina y orlistat, mejoran

parcialmente este propósito pero pueden prescribirse por períodos de tiempo pre estipulados y su suspensión se acompaña de una inevitable meseta o rebote del peso corporal.

El descenso de peso a largo plazo tiene entre los posibles tratamientos el quirúrgico: cirugía bariátrica.

La cirugía bariátrica es una cirugía mayor que no está exenta de riesgos, pero que está indicada cuando el riesgo quirúrgico es menor que el que genera la obesidad y sus enfermedades asociadas.

La cirugía bariátrica, debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, que brinde al paciente toda la información necesaria y la atención prequirúrgica adecuada para poder elegir a los candidatos óptimos para este proceso.

El equipo quirúrgico, cuenta con un cirujano principal, un médico clínico, especializado en clínica médica u obesidad, nutricionista, psiquiatra, psicólogo y en algunos casos apoyo con profesores en educación física.

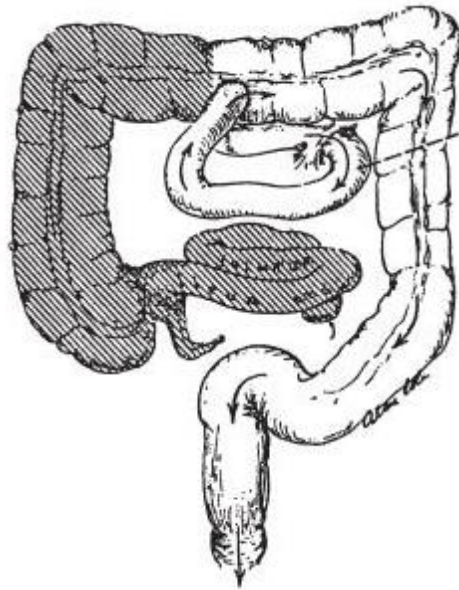
Solo serán candidatos para obtener cobertura quirúrgica total según muestra la ley de obesidad 23660 por PMO, aquellos pacientes que tengan el antecedente de haber intentado bajar de peso durante dos años con seguimiento profesional adecuado y debidamente monitoreado por personal especializado, sin resultados satisfactorios.

Historia de la cirugía bariátrica

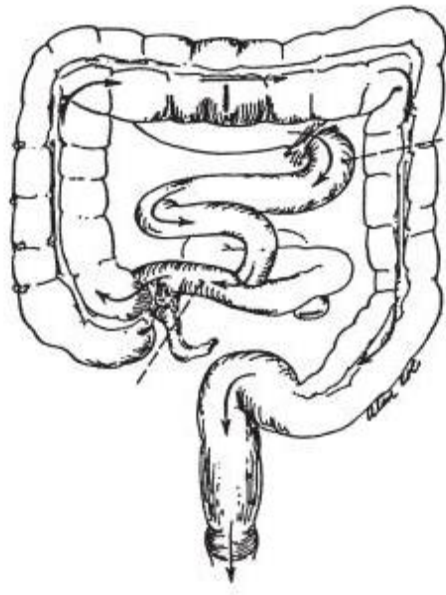
La cirugía bariátrica es un procedimiento que se realiza hace más de 50 años en el mundo.

Nació inicialmente a partir de un grupo de investigación para pacientes con obesidad mórbida que no respondían al tratamiento médico.

Fue así que en el año 1954 se realiza la primera cirugía bariátrica por un by pass yeyuno-cólico. Este consistió en realizar una sección en el asa yeyunal a 38 cm del ángulo de TREIZ con anastomosis termino/lateral a la mitad del colon.



En 1956 surge el by pass yeyuno-ileal que consistió en la unión de un asa de yeyuno de aproximadamente 35 cm con anastomosis termino-terminal o termino-lateral a 10 cm del íleon.



Esto se acompañó de gran pérdida de peso y muchísimas complicaciones como insuficiencia hepática, déficit de vitaminas y minerales, déficit nutricional, falla renal y riesgo de vida. Por estas causas se suspendió el procedimiento.

A fines de la década del 70 aparece el by pass gástrico que induce a una pérdida del peso en exceso mayor al 70% y una pérdida de peso corporal total mayor al 40%. Se puede realizar a cielo abierto, pero con el transcurso de los años la vía de elección pasó a ser laparoscópica.

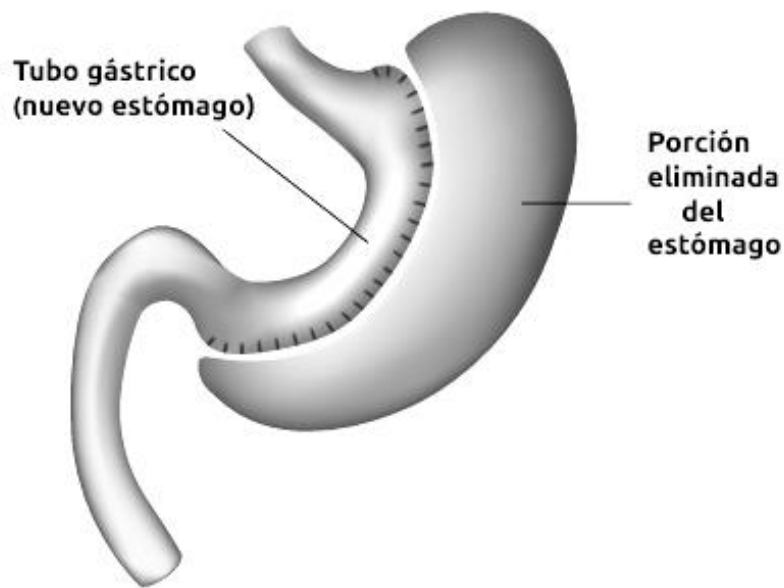
Consiste en la disminución de la capacidad gástrica creando un reservorio gástrico pequeño, separándolo del resto del estómago por estaples o suturas mecánicas para evitar un efecto de fístula, más una derivación al intestino delgado a través de un asa de este en "Y de Roux".

Esta técnica consigue: saciedad precoz al achicar el volumen gástrico y efecto mal absorbente al anular 1,5 a 2 metros de intestino, incluyendo el duodeno.



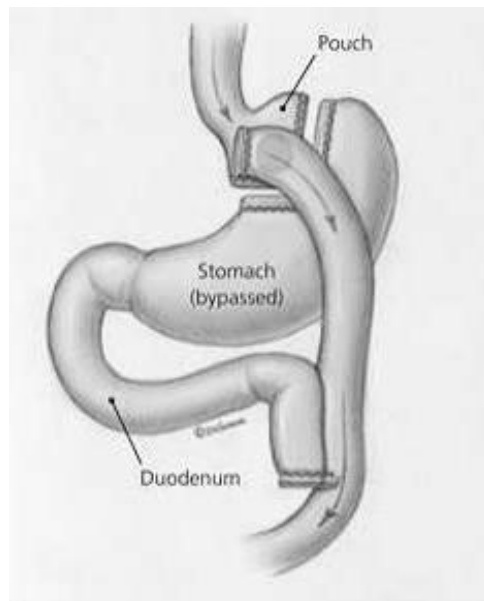
En la actualidad hay tres procedimientos de cirugías bariátricas:

1- Manga gástrica: es un procedimiento restrictivo puro. Consiste en la disminución del tamaño del estómago transformándolo en una manga o tubo. No genera mala absorción. Valor particular aproximado del módulo es de \$ 66.835, éste no incluye suturas mecánicas: son 8 suturas, cada sutura tiene un valor de \$2.600, lo que hace un valor total de las suturas mecánicas de \$20.800 – Valores presupuestados para mutuales sin convenio = \$87.635 (valores HPC Mar del Plata)

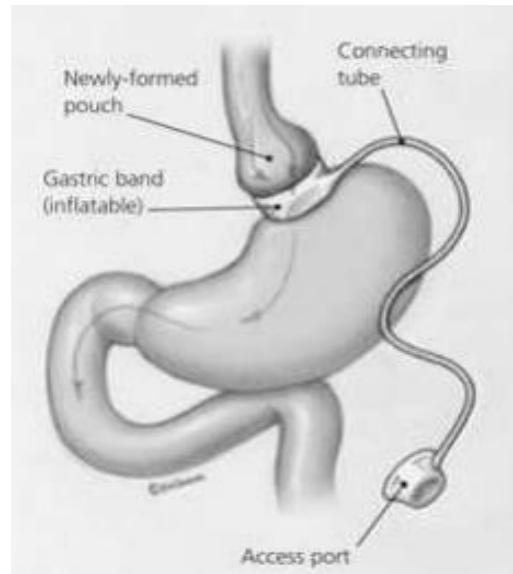


2- Bypass gástrico: procedimiento descrito previamente. Combina la restricción con la mala absorción.

Valor particular aproximado del módulo es de \$66.835, éste no incluye suturas mecánicas que para este tipo de cirugía se requieren un total de 10 suturas mecánicas, cada sutura a un valor \$2.600, por lo que hace un total de \$26.000 – Valores presupuestados para mutuales sin convenio = \$92.835.(valores HPC Mar del Plata)



3- Banda gástrica ajustable: consiste en instalar por vía laparoscópica un dispositivo inflable con forma de anillo que se puede ajustar mediante una válvula subcutánea. Valor particular aproximado \$66.835 – Valor presupuestado para mutuales sin convenio. (valores HPC Mar del Plata).



Otra opción para el tratamiento de la obesidad **no** quirúrgico es el Balón Intragástrico. Esta práctica está a cargo del Servicio de Gastroenterología. Los valores dinerarios en el Hospital Privado de Comunidad de la Ciudad de Mar del Plata para éste procedimiento, sobre la base presupuestada a una mutual sin convenio son: práctica médica \$13.000 e incluye: honorarios y derechos del endoscopista + un día de internación + derechos de quirófano. El valor previamente mencionado excluye: honorarios de anestesia + medicación + material descartable + balón gástrico.

Éste último, habitualmente lo traen los pacientes que los compran en los negocios

especializados en proveer insumos médicos. Su valor es aproximadamente entre \$10.000 y \$13.000.

Ésta práctica luego de seis (6) meses se completa con la extracción del balón, procedimiento que se factura nuevamente a valores similares a los de la colocación del mismo, \$13.000.

Consideraciones generales

La cirugía bariátrica no sólo es una gran esperanza para la obesidad grave sino que también puede ser considerada una cirugía metabólica, ya que favorece el control de los casos de DBT II, de difícil tratamiento, donde el descenso del peso corporal es una de las claves del éxito terapéutico de ésta. Este tipo de cirugías genera remisión de la DBT II en el 85% de los casos y franca mejoría en el 15% restante. (*10 Años de Cirugía Bariátrica – Ciudad de Córdoba – República Argentina – Info@ctombariatrica.com.ar – 10 Años CTMO Tel: +54 03514671080).

En todos los casos son cirugías que duran entre 1 y 2 horas.

El postoperatorio no suele ser demasiado doloroso, pero éste depende del umbral del dolor que tenga cada paciente. Las primeras 24 hs siguientes a la cirugía la analgesia es endovenosa y se agregan rescates endovenosos si el paciente a si lo requiere.

En el postoperatorio inmediato se suele dejar un drenaje intraabdominal. Este, según el centro de salud donde se realice el procedimiento, permanece entre 7 a 3 días. En HPC, Mar del Plata, se deja sólo por tres días. El drenaje cumple la función de “informante” de lo que sucede dentro del abdomen.

En general los pacientes permanecen internados entre 48 a 72 hs después de la cirugía.

A la mañana siguiente de la intervención (24 hs después) se iniciará tolerancia oral, al principio sólo con agua, a razón de 30 cm³ /hora. A las 48 horas, si tolera adecuadamente, se agrega el caldo, gelatina y jugos.

A las 72 horas de la cirugía se agregan los batidos proteicos, y si la tolerancia oral es satisfactoria se le otorga el alta hospitalaria.

La dieta líquida debe mantenerse por 15 días posteriores a la cirugía. Pasado este tiempo se agregan alimentos procesados y solo recién 30 días después de la operación el paciente comienza a “morder” por lo que es, en ese momento, en el que se agregan alimentos capaces de ser desmenuzados con la masticación.

7 días después de la cirugía el paciente puede retomar la actividad física aeróbica, a saber: caminatas, cinta o bicicleta. También podrá agacharse, subir y bajar escaleras, ducharse y dormir de costado.

No hay mayores restricciones al ejercicio físico, a excepción de levantar pesos para evitar riesgos de herniación.

En Mar del Plata, este tipo de cirugías se hace en tres lugares:

- HPC, aquí se realizan aproximadamente 80 cirugías bariátricas por año.
- Clínica Colón.
- Centro Silap.

En el ingreso a quirófano se le aplica al paciente una dosis profiláctica de antibióticos endovenosos: cefazolina.

En todos los casos, en el postoperatorio inmediato y hasta asegurarnos que el paciente reestablezca la deambulación habitual, reciben profilaxis antitrombótica con heparina sódica o enoxaparina, en dosis ajustada al peso de cada uno y vendas o medias elásticas en ambos miembros inferiores.

Evaluación inicial a la cirugía

Siempre es multidisciplinaria y en ella intervienen:

- Médico cirujano, que es el coordinador del equipo.
- Médico clínico especializado en clínica médica u obesidad.
- Servicio de salud mental: médico psiquiatra y psicólogo.
- Nutricionista especializado en cirugías bariátricas.

Los pacientes deben cumplir los siguientes requisitos:

- Edad entre 21 a 65 años.
- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual 40 kg/ estatura² ó IMC mayor igual 30 kg/ estatura², con además una comorbilidad agregada: DBT II- HTA - Dislipidemia - Insuficiencia respiratoria - Cáncer de mama de la postmenopausia.
- Aceptación y decisión de realizarse el procedimiento por parte del paciente, con compromiso de los requerimientos que esto implica.
- Estabilidad psicológica.
- Comprensión clara y visión positiva del tratamiento.
- Consentimiento informado.
- Disposición para seguir adecuadamente las instrucciones del equipo de salud.
- Buena relación médico paciente.
- No adicciones a drogas ni alcohol.

Estudios prequirúrgicos a solicitar

- Laboratorio completo con coagulograma completo.
- Placa de tórax.
- ECG y evaluación por médico cardiólogo especialista.
- Ecocardiograma (opcional).
- Polisomnografía o estudio del sueño (opcional).
- Video Endoscopía Alta (VEDA) y toma de biopsia gástrica para descartar presencia de Helicobacter Pylori.
- Ecografía abdominal.
- Evaluación endocrinológica (opcional).

Para que el paciente llegue en condiciones óptimas a la cirugía debe comenzar 10 días antes de ésta con una dieta líquida y batidos proteicos. Esto es muy importante, ya que de este modo el paciente logra perder en la etapa prequirúrgica aproximadamente el 10% de su peso corporal total, con lo que se logra disminución de la tensión de la pared abdominal, porque se pierde parte de la grasa visceral. Esto se traduce en disminución de la complejidad técnico-quirúrgica y menor tiempo de anestesia.

Por otro lado, la adherencia a las medidas higiénico-dietéticas que estipula el equipo de cirugía bariátrica, nos permite conocer de antemano, la predisposición postquirúrgica que tendrá cada individuo en el cumplimiento del tratamiento adecuado posterior.

La pérdida de grasa visceral también genera otro tipo de mejoras, como en la enfermedad de reflujo-gastro-esofágico, incontinencia urinaria, mejoría en la sensibilidad periférica a la insulina, menor flujo de ácidos grasos libres, disminución de los niveles en sangre de interleukina 6 y factor α de necrosis tumoral.

También disminuye la hipertensión y el estasis venoso con la consecuente disminución del riesgo de trombo embolismo pulmonar (TEP).

La continuidad del descenso de peso en el postoperatorio favorece al menor soporte de peso a nivel articular, mejoría de la compliance pulmonar, reducción de la grasa alrededor del cuello, lo que genera un efecto de alivio en los pacientes que tienen apnea del sueño agregada.

Además mejoría significativa de la diabetes tipo II, función cardíaca y cardiomiopatía relacionada con la obesidad, mejoría de la enfermedad hepática, el asma, en síndrome ovario poliquístico. También mayor agilidad física, mejor fertilidad y menores complicaciones obstétricas.

La mortalidad de estas cirugías es de 1%. En nuestro hospital, HPC de Mar del Plata, desde que se comenzó con el tratamiento quirúrgico bariátrico, la mortalidad fue de 0 %.

Cirugías bariátricas realizadas en HPC, Mar del Plata.

CIRUGIAS BARIATRICAS POR COBERTURA						
Período	Jub.	Plan	Mut.	Capit.	Otros	Total
2010	1	12	31	2	1	47
2011	4	17	31	15	2	69
2012	1	16	46	26	4	93
2013	1	25	45	15	2	88
2014	0	22	43	19	2	86
Enero/junio 2015	1	3	22	8	1	35
Total	8	95	218	85	12	418

En cuanto a los requisitos que marca la Ley previos a la cirugía, la experiencia en H.P.C arrojada por el Servicio de Cirugía Bariátrica y su Médico Cirujano Coordinador el Dr. Fiolo es:

- Total de cirugías (07/2015) = 447
- By Pass = 404
- Manga Gástrica = 43
- Masculinos =112
- Femeninos = 335
- Edad Promedio = 45

Las cirugías son facturadas como módulos, éstos no incluyen las suturas mecánicas. Todos los pacientes deben cumplir con las pautas estipuladas por el equipo quirúrgico respecto al cumplimiento de las normas en el pre-operatorio y en el post-operatorio. No todos los candidatos a cirugía del H.P.C. cumplieron con los 2 años previos estipulados por la Ley de tratamiento conservador.

Mejoras esperables de salud

Diabetes Tipo II	83 AL 98 %
Apnea del Sueño	63 al 85 %
Hipertensión Arterial	69 al 75%
Dislipidemia	63 al 93 %
Sme. Metabólico	80 %
Hepatopatía Grasa No Alcohólica	90 %

Complicaciones

Complicaciones Totales	8,50 %
Fístulas	1,56 %
Estenosis Neoboca	0,67 %
Hemorragia Digestiva Alta	3,13 %
Obstrucciones	0,90 %
Úlcera Perforada	0,90 %

A continuación mostramos un detalle de presupuesto escaneado sobre paciente real en el Hospital Privado de Comunidad de la Ciudad de Mar del Plata:

Mar del Plata, 24 de agosto de 2015

Sres.
UPCN

Presupuesto

Paciente:
Af/ 982698009

Practica solicitada:

Cirugía de la Obesidad código 08.09.55.....\$ 66.835.-

Incluye:

- Honorarios medicos y derechos de la cirugía
- Material descartable y medicamentos durante la internacion
- 5 (cinco) días de internacion en piso
- 1 (un) día de internacion en U.T.I
- 1 (una) Rx. de torax postoperatoria
- 1 (un) estudio seriado gastroduodenal
- Estudios de laboratorio posoperatorios de control.

Excluye:

- Medicación catástrofe
- Transfusiones de sangre y hemoderivados
- Complicaciones posoperatorias
- Atencion psicologica
- Cirugía plástica y/o estética a corto plazo
- Toda práctica no inherente a la cirugía inmediata
- Anestesia

Material descartable específico (suturas mecánicas).....\$ 26.020.-

VALOR TOTAL.....\$ 92.855.-
(pesos noventa y dos mil ochocientos cincuenta y cinco)

El presente presupuesto tendrá una vigencia de 30 (treinta) días desde la fecha de emisión.

Atentamente.

CPN NICOLAS GONZALEZ
ADMINISTRADOR
Hospital Privado de Comau

mvp/15

Ley de Obesidad N 26396/08 (Nación)

Síntesis de su texto completo

Contempla la prevención y control de los trastornos de la alimentación y las patologías derivadas de ella.

Toma medidas para evitar la propagación de estas, e investiga los agentes que las provocan, creándose un Programa Nacional de Prevención y Control de Trastornos Alimentarios en el ámbito de la salud.

Se entiende por trastornos de la alimentación, el amplio abanico que va desde la obesidad en todos sus grados, la bulimia, la anorexia nerviosa, la vigoanorexia y todas aquellas formas relacionadas con las conductas alimentarias que estén alteradas.

La ley intenta instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos de la alimentación, sus características clínicas y las consecuencias mórbidas que traen aparejadas.

Contempla también los aspectos psicológicos, sociales y las formas apropiadas o no de tratamiento.

Fija las condiciones de calidad de los productos promocionados como de bajas calorías y establece, que los alimentos con alto valor calórico, deberán llevar la leyenda “el consumo excesivo es perjudicial para la salud”. Así también, los alimentos que tengan en sus insumos “grasas trans”, deberán contar con la leyenda, “el consumo de grasas trans es perjudicial para la salud”.

Promueve conductas nutricionales, saludables, especialmente en niños y adolescentes, y tiende a eliminar la discriminación y estigmatización en el ámbito laboral, social y educacional, frente a la distorsión de la imagen corporal, que los trastornos de la alimentación generan.

Fomenta la creación de espacios de reflexión y educación sobre alimentación saludable, y desarrollo de actividades de difusión televisivas, radiales y gráficas, concientizando a la población, sobre los correctos hábitos alimentarios.

La ley dispondrá los medios necesarios para que en cada jurisdicción funcione, al menos, un (1) centro especializado en trastornos de la alimentación, incluyendo un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

Contemplará la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en todos los niveles del sistema educativo, así como, se fomentará la actividad física y se evitará el sedentarismo.

También se trabajará en la capacitación de los docentes, educadores y trabajadores sociales a cargo, para detectar cualquier situación de vulnerabilidad alimentaria que se suscite.

Se estimulará la realización de reuniones educativas y talleres para padres y tutores a fin de prevenir y alertar sobre la aparición temprana de signos y síntomas que hagan sospechar la presencia de un trastorno en las conductas alimentarias de los niños y adolescentes.

El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social dictaminará estándares nutricionales, para comedores escolares y Planes Alimentarios Nacionales basados en una dieta variada, completa y adecuada en nutrientes, vitaminas y minerales, libres en grasas trans y con valor calórico adecuado.

Los kioscos de las escuelas, universidades y clubes sociales deberán integrar, a su habitual oferta de golosinas, alimentos saludables y frutas, que deberán ser debidamente exhibidas.

Estará completamente prohibido tomar modelos de belleza con delgadez extrema, tampoco para anuncios publicitarios, como para campañas de producción de moda y publicidad en general.

Los anuncios publicitarios dirigidos a dietas deberán ser representados por personas mayores de edad (21 años), en todos los casos.

El Ministerio de Salud se compromete a controlar la calidad de los productos alimentarios publicitados, así como la comprobación técnica de las aseveraciones que se hagan sobre los mismos, referente a calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficios de empleo de los distintos productos.

La ley contempla brindar todos los tratamientos necesarios, médicos clínicos, nutricionales, psicológicos, quirúrgicos y farmacológicos, así como todas aquellas prácticas necesarios para la atención multidisciplinaria e integral de los trastornos en la alimentación a todas las obras sociales, asociaciones de obras sociales del sistema nacional incluyendo a las EMP.

Ningún proveedor de salud, podrá negarse ante el requerimiento de una persona obesa a proporcionar el servicio solicitado. Negarse será considerado un acto discriminatorio en los términos de la ley 23592.

Los establecimientos educacionales y sanitarios deberán contar con las comodidades y equipamiento adecuado para el uso y asistencia de personas que padecen obesidad.

Por último, el poder ejecutivo tendrá facultades para sancionar a quienes no cumplan con la presente ley, lo que será considerado como una falta grave. Están obligados a cumplir esta ley todas las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Resolucion 742 del año 2009

La Resolución 742/2009 complementa las resoluciones debidamente detalladas en la Ley de Obesidad N° 23660, en los siguientes puntos:

- 1) – La información recabada para los criterios de inclusión de cobertura por PMO de los pacientes obesos, debe ser debidamente volcada en un resumen de historia clínica, el que a su vez debe ser firmado y sellado por: Médico Cirujano + Médico Clínico especializado en Obesidad o especialista en Clínica Médica, Nutricionista especializada en Obesidad + Médico Psiquiatra a cargo.
- 2) – En caso que el paciente presente alguna co-morbilidad endócrina o psiquiátrica agregada, el médico especialista en éste área, deberá dejar sentado en la historia clínica su aptitud para enfrentar la cirugía. Éste informe debe ser sellado y firmado por el médico especialista interviniente según la necesidad.

Contraindicaciones de la Cirugía Bariátrica

- Adicción a drogas o alcoholismo.
- Embarazo o lactancia.
- Insuficiencia de sistemas compatibles con la anestesia. (cardíaco, renal, hepático, etc).
- Depresión severa.
- Obesidad secundaria. (sme. Cushing, acromegalia, hipogonadismo, enfermedad hipotalámica, etc).
- Riesgo quirúrgico elevado.
- Falta de comprensión o adhesión al tratamiento.
- Negativa a firmar el consentimiento informado.

Fotos habitación – Cirugía bariátrica HPC Mar del Plata





Conclusión final

El éxito de éstas y otras medidas, solo se logra a través de la educación y la toma de conciencia del problema. Así, obtendremos las armas necesarias para el tratamiento adecuado de la obesidad y de todos los trastornos de la alimentación.

Éste, es también el camino para el tratamiento de todas las patologías que se basan en la transgresión de las medidas higiénico-dietéticas que colaboran con el logro de una vida sana y plena; entre ellos tenemos, sedentarismo, tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, falta de conductas sociales de respeto e higiene en espacios públicos, falta de educación vial, falta de respeto al prójimo, etc.

La solución y la posibilidad al cambio están en la educación de la población y en la voluntad política de los dirigentes para lograrlo.

Bibliografía

Salud Pública – Ministerio de Salud. Resolución 742/2009 – Bs. As. 21//05/2009.
Expediente 2002 – 3583/2 del registro del Ministerio de Salud, las leyes Nro. 26396, 24754, 23660 y 23661 y la Resolución del ex Ministerio de Salud y Ambiente N° 1991 del 28 de diciembre del 2005.

Texto completo de la ley de Obesidad 26396/08 (Nación).

Dres. Juancco S.S, Southall P.J. Int. J. Surg 2010; 8(2): 86-89. Cirugía Bariátrica. Revisión, Historia, Beneficios y Procedimientos realizados.

Dras. Clausi K, Clausi M.S, Lic. Rappetti H. Costos de la Atención Médica derivados del Sobrepeso y la Obesidad. Curso Anual de Auditoría Médica. Hospital Aleman. Bs.As.

Info @ctombariatrica.com.ar – 10 Años CTMO – Cirugía Bariátrica. Av. Nores MARTINEZ 2649 – 1º B – Ciudad de CÓRDOBA. Rep. Argentina- Tel: +54 03514671080. Ley 26396 – Ministerio de Salud.

www.msal.gov.ar/argentinasaludable/pdf/leyobesidad.pdf

Ley de obesidad: lo que hay que saber – Concepto de Mujer

www.conceptodemujer.com.ar/index.php?

El Congreso aprobó la ley de obesidad – 14.08.2008 – lanacion.com.

www.lanacion.com.aaar/1039518-el-congreso-aprobo-la-ley-de-obesidad

Res.742/2009 – Superintendencia de Servicios de Salud.

www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/001603.pdf

Ley de Obesidad y cuotas de las Prepagas / Nación y Salud.

www.nacionysalud.com/node/430

Promulgación de la ley de Obesidad.

www.casarosada.gov.ar/informacion/.../19913-blank.78177953

Ley 26396 de Trastornos Alimentarios. (incluye decreto 1395/2008).

www.ligadelconsorcista.org/.../ley-26396-trastornos-alimentarios-incluye-decreto-13952008-que-observa-algunos-articulos.

Agradecimiento especial a todo el equipo interdisciplinario del Dr Felipe Fiolo del Hospital Privado de Comunidad, servicio de cirugía general, división bariátrica quienes gentilmente nos han suministrado toda la información presentada.