

**“Plan Integral de Cobertura para el Control y Prevención de la Obesidad”****INDICE**

- 1. MARCO TEORICO Y ESTADISTICO –** Página 2
- 2. LEGISLACION –** Página 3
- 3. BASES TEORICAS DEL TRATAMIENTO –** Página 4
- 4. FINALIDAD DEL PROYECTO –** Página 8
- 5. CRITERIOS DE INCLUSION Y ALCANCES DEL PROGRAMA –** Página 9
- 6. PRESTACIONES Y MODALIDAD OPERATIVA –** Página 10
- 7. PROMOCION Y DIFUSION DEL PROGRAMA –** Página 16
- 8. MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES –** Página 16
- 9. RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA NECESARIA–** Página 17
- 10.CRITERIOS DE TRATAMIENTOS SEGÚN IMC Y COMORBILIDADES –**  
Página 17
- 11.PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO SEGÚN IMC Y COMORBILIDADES**  
– Página 18
- 12.ANEXO 1 – NORMAS GENERALES –** Página 43
- 13.ANEXO 2 – ORDEN DE PRIORIDADES –** Página 45
- 14.ANEXO 3 – ACTIVIDAD FISICA –** Página 46
- 15. ANEXO 4 – INSTRUCTIVO PARA PACIENTES –** Página 46
- 16. ANEXO 5 – NOMENCLADOR DE ARANCELES –** Página 49/50

## **ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

### **1.-MARCO TEÓRICO Y ESTADÍSTICO**

- a.-**En Argentina un 53,4% de la población mayor de 18 años está excedida de peso, de éstos, el 35,4% tiene sobrepeso y el 18% obesidad (2º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2010). En este país un 6,6% de los niños de entre 6 meses y 5 años son obesos (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2007). 3 de cada 10 argentinos tienen una exagerada disposición adiposa de tipo androide (perímetro de cintura incrementado) siendo ésta la que más se relaciona con un incremento del riesgo endócrino-vascular (Fundación Interamericana del Corazón, 2005).
- b.-** La obesidad forma parte de un grupo de patologías denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que, según la OMS, son la primer causa de muerte en el mundo representando el 60% de muertes a nivel global (de estas muertes el 80% ocurren en países subdesarrollados). La obesidad fue la primera ECNT clasificada como pandemia.
- c.-**A nivel mundial es causa de una curva ascendente en la mortalidad por enfermedades relacionadas. Por cada 5 puntos que se incremente el índice de masa corporal (IMC) en una persona, la mortalidad por enfermedades vasculares se incrementa un 40%, por DBT, problemas hepáticos o renales un 60 a 120%, por cáncer un 10%, enfermedades pulmonares 20% y otras patologías 30% (The Lancet, 2010).
- d.-**Es causa también de un incremento millonario en gastos de salud pública y privada, influyendo negativamente en la economía mundial. El costo económico de la obesidad ha sido estimado en los países desarrollados como equivalente en un rango del 2 al 7% de los costos totales de salud. Estas estimaciones (conservadoras) permiten apreciar que la obesidad representa uno de los gastos más grandes en los presupuestos nacionales



de salud. Genera costos directos (para el individuo y los sistemas de salud), intangibles (costos en la atención de comorbilidades) e indirectos (pérdida de la producción debida a ausentismo en el trabajo o muerte prematura). El costo por muerte prematura atribuible al sobrepeso/obesidad en Argentina en el año 2007 fue en total de \$190.487.000. Atribuible en orden decreciente a DBT (\$56.471.000), enfermedad coronaria (\$45.094.000), ACV (\$25.652.000), enfermedad de vesícula, artritis, cáncer de colon y recto, cáncer de mama y cáncer de endometrio (Dirección de Estadísticas e Información en Salud - 2007 y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - 2005).

## **2.-LEGISLACIÓN**

El marco legal que regula el diagnóstico, tratamiento y prevención de la obesidad como enfermedad es cada vez mayor.

**a.-**La Ley 26.396 declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios (obesidad, anorexia nerviosa y bulimia, y a las demás enfermedades relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia), comprendiendo la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a su propagación.

**b.-**Como consecuencia a esta ley, en el 2009, quedarán incorporadas en el **Programa Médico Obligatorio** (Ley 23.660 de Obras Sociales; Ley 23661 de Creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud; Ley 24754 de Prepagas), la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios dictándose muy claramente las especificaciones sobre el alcance de las prestaciones. **La ley 9133 (Ley de Garantías Saludables)** en su artículo 4º, hace referencia a programas de prevención teniendo en cuenta alimentación, nutrición, hipertensión, diabetes, salud materno-infantil, salud mental y de accesibilidad a medicamentos entre otras problemáticas.



c.-En el artículo 15º de la Ley 9277 (Creación de la Administración Provincial del Seguro de Salud – APROSS) se prevé que, la cobertura de prestaciones y/o servicios que no estén contemplados expresamente en la presente Ley o en su reglamentación, que se incorporen a la práctica habitual de la medicina y sean reconocidos por las autoridades sanitarias competentes del orden nacional y provincial, quedará sujeta a la decisión del Directorio.

d.-Por lo anteriormente expuesto, se estima conveniente que APROSS incorpore para sus afiliados una cobertura integral y transdisciplinaria, aplicando todas las estrategias para el tratamiento de la obesidad, avaladas científicamente y contempladas dentro del marco legal, desde la prevención hasta la cirugía bariátrica (reconocida por la cobertura de esta obra social, con más de **243 pacientes ya operados** y actualmente en seguimiento).

### **3.-BASES TEÓRICAS DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

Hay varios pilares en los que se sustenta el tratamiento de esta enfermedad ya que es un síndrome de etiología multifactorial, en el que se han implicado múltiples factores ambientales y genéticos (Nutrición y alimentación humana, José Mataix Verdú, 2009). De estos pilares, los más importantes son:

a.-**La nutrición**, ya que la obesidad se caracteriza por ingresos calóricos que superan los gastos energéticos. La obesidad primaria (95% de los obesos) se caracteriza por ingresos calóricos que superan los gastos energéticos. Reducir entre 500 y 1000 calorías los ingresos diarios habituales del paciente es lo aconsejado en la gran mayoría de la literatura médica de todo el mundo. Dietas de entre 800 y 1600 kcal/día teniendo en cuenta edad, sexo y nivel de actividad física. Está demostrado que reducir aún más el ingreso calórico podría desbalancear la dieta y ser riesgoso para la salud. Inclusive una dieta de muy bajo valor calórico (menos de 800 kcal/día) no tiene buenos resultados a largo plazo (La Guía Práctica de Identificación, Evaluación y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos. National Institutes of Health,



Nacional Herat, Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. 2000 con vigencia al 2010).

**b.-La actividad física**, quizás el factor ambiental más importante, debido ya que el sedentarismo (sedentario es aquella persona que gasta menos del 10% de su energía diaria en la realización de actividades de intensidad moderada - alta) ha crecido en los últimos años drásticamente ("plaga de la edad contemporánea"). Tengamos en cuenta que si bien la prevalencia de obesidad aumentó significativamente en los últimos 25 años, esto no se debe únicamente al consumo calórico/graso. Por ejemplo, en Gran Bretaña el ingreso energético y de grasa por persona ha caído pero la cantidad de autos por familia y horas de mirar televisión se han incrementado, prácticamente en paralelo con la obesidad (Glotonería o pereza? - British Medical Journal. 1995). En Argentina un 46,2% de la población mayor de 18 años realiza un nivel bajo de actividad física (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2005). Es simple deducir entonces que la actividad física debería cumplir un rol central en la terapia de pérdida y mantenimiento de peso. Un incremento en la actividad física es un componente importante del tratamiento aunque no garantiza una pérdida sustancial de peso comparada con la dieta al cabo de 6 meses. Los mejores resultados se deben a una disminución de la ingesta calórica sumada a la realización de ejercicio sostenido en el tiempo. Revertir el sedentarismo es central en la prevención de la ganancia de peso. Todos los pacientes pueden realizar actividad física independientemente de su IMC y comorbilidades, obviamente con variaciones en intensidad, duración y frecuencia (Guías Americanas de Actividad Física. U. S. Department of Health and Human Services. 2008). Sumado a esto, la actividad física reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y DBT 2, más que la dietoterapia sola (La Guía Práctica de Identificación, Evaluación y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos. National Institutes of Health, Nacional Herat,



Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. 2000 con vigencia al 2010);

**c.-El aspecto psico-social**, ya que algunos pacientes presentan una alta ingesta calórica asociada a trastornos de la esfera emocional o psiquiátrica. La depresión o la ansiedad se acompañan en algunas ocasiones de alteraciones en el patrón alimentario del paciente. De hecho, un número no despreciable de pacientes que presentan obesidad padecen un síndrome depresivo sin poder la mayoría de las veces conocer si es causa o consecuencia. Muchos de estos pacientes comen de forma compulsiva e ingieren alimentos azucarados durante los períodos de su vida que presentan insomnio. Muy probablemente estas alteraciones tengan una base genética no conocida, mientras tanto la atención psicológica o psiquiátrica en estas personas es mandataria (Nutrición y alimentación humana, José Mataix Verdú, 2009). La obesidad es también un fenómeno social curioso, pudiéndose diseminar dentro de una comunidad con un patrón discernible y cuantificable que depende de la naturaleza de los vínculos sociales (Propagación de la obesidad en una amplia red social durante más de 32 años, New Englan Journal of Medicine, 2007);

**d.-La farmacoterapia** tiene sus precisas indicaciones, y al recetar un medicamento anti-obesidad es necesario que la persona participe activamente en un programa orientado a su modo de vida, que incluya estrategias y recursos necesarios para utilizar eficazmente el fármaco, porque tal medida adicional o de apoyo mejora la pérdida ponderal total (Principios de Medicina Interna, Harrison, 2009);

**e.-El Balón Intragástrico.** Ante el alto índice de fracasos de los métodos conservadores, y por otra parte, la inevitable morbimortalidad y secuelas ligadas a la cirugía, surgen nuevas técnicas poco invasivas destinadas a contribuir al tratamiento de esta enfermedad. La más implantada actualmente es el balón intragástrico, considerado más eficaz que el

tratamiento conservador, con menos riesgo que la cirugía pero que adolece al día de hoy de consenso sobre sus indicaciones y escasa información sobre sus limitaciones, al tiempo que su aparición mediática ha propiciado su gran difusión en los 4 últimos años (Balón Intragástrico en el Tratamiento de la Obesidad, Nutr. Hosp, Madrid, 2009);

**f.- La cirugía bariátrica**, hoy es la opción con mejores resultados en pacientes con obesidad extrema tras fracasar un tratamiento exhaustivo con las estrategias anteriormente descritas (Dietoterapia, Krause, 2009). Esta cirugía genera una pérdida de peso significativa y sostenida por más de 5 años en la mayoría de los pacientes. Un buen éxito sería la pérdida de más del 25% del peso corporal inicial a cinco años, sin reintervenciones. Pero se puede llegar a perder hasta un 75 a 100% del peso preoperatorio (Obesidad: Sabres y conflictos. Un tratado de obesidad. Dr Jorge Braguinsky y col. 2007).

**g.-**Por último, es importante hacer mención a las **dermolipectomías** que por supuesto estarán contemplada dentro de esta nueva iniciativa. Cuando el tratamiento es exitoso y se consigue una pérdida sustancial y mantenida en el tiempo, la gran mayoría de los pacientes experimentan un proceso de flaccidez en la piel y el tejido subcutáneo que termina por repercutir en su calidad de vida y en la visión que tienen de si mismos. Es por ello que una vez establecida la pérdida de peso y conseguido el equilibrio metabólico, aproximadamente a los dos años de haber ingresado en un plan de tratamiento (convencional o quirúrgico) puede ser necesario aplicar técnicas para la reducción del factor abdominal (dermolipectomía abdominal o abdominoplastia) o una readaptación mamaria (mastopexia) o corrección de deformidades localizadas en la cara interna de los muslos o los brazos (dermolipectomía de miembros) (Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida. Relato Oficial del 27º Congreso Internacional de Cirugía de Córdoba. 2010).



Estas columnas descansan sobre la plataforma de **la prevención**, que si bien es importante en todos los grupos etáreos, merece especial atención en niños y adolescentes. La obesidad infantil aumenta el riesgo de obesidad en la vida adulta. En los niños obesos después de los 6 años, la probabilidad de que sean obesos al llegar a la vida adulta es significativamente mayor si la madre o el padre lo son. Los niños con retraso del crecimiento y desnutrición durante la gestación y en los primeros años de la vida tienden a desarrollar sobrepeso al final de la infancia con los riesgos consiguientes de elevación de la presión arterial y de las concentraciones de glucosa y lípidos (Dietoterapia, Krause, 2009). En la Argentina hay un 6,6% de niños entre 6 meses y 5 años que ya son obesos (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

#### **4.-FINALIDAD DEL PROYECTO**

- a.-**Disminuir los índices de obesidad en los afiliados lo cual, por ende, disminuirá la aparición y evolución de patologías asociadas que habitualmente son muy limitantes (DBT2, HTA, DLP, SAOS, IR, cardiopatía isquémica, vasculopatías periféricas, isquemias cerebrales, osteoartritis y tumores tales como los de colon, próstata, endometrio, cervix, ovario y mama).
- b.-**Promover hábitos de vida saludables en la población (alimentación y actividad física).
- c.-**Modificar el sedentarismo, quizás el factor ambiental más importante en la génesis de esta patología.
- d.-**Disminuir el número de procedimientos invasivos, tales como, cirugías bariátricas y colocación de balón intragástrico, evitando que se realicen innecesariamente o en pacientes que no cumplen criterios o que no han sido suficientemente preparados, evaluados e instruidos, o bien aquellos que han concurrido a la consulta y no se les ofrecieron otras opciones terapéuticas. La indicación de estos procedimientos debe estar a cargo de profesionales con especialidades clínicas. La obesidad es una patología clínica que puede o no tener solución quirúrgica o endoscópica.



- e.-** Evaluar las terapéuticas prescritas por los profesionales tratantes, a fin de garantizarle al paciente que se le hayan ofrecido todas las posibilidades y protocolos disponibles para combatir su enfermedad.
- f.-** Contener al afiliado, debe sentir que esta obra social lo quiere ayudar ofreciéndole un abanico de posibilidades. Intentar que comprenda que lo más seguro es ir paso a paso y no saltarse etapas. Los procedimientos invasivos son una excelente opción pero hay que cumplir ciertos criterios avalados científica y legalmente antes de acceder a ellos. El paciente no debe sentir que se le está haciendo perder el tiempo sino que se está cumpliendo los pasos necesarios para disminuir el riesgo de complicaciones.
- g.-** Reducir los gastos en salud generados por la obesidad y sus comorbilidades. Costos que generan preocupación en los sistemas de salud de todo el mundo.
- h.-** Como obra social, asumir la responsabilidad de afrontar decididamente el problema en el manejo de la obesidad, abarcando todos los recursos terapéuticos existentes a la fecha y con amplios porcentajes de cobertura.

## **5.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y ALCANCES DEL PROGRAMA**

- a.-** Incluiremos dentro de este nuevo plan de cobertura a aquellos afiliados menores de 18 años cuyo IMC se encuentre en un percentilo superior a 85 (Nacional Center for Health Statistics, Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal, Daniel H. De Girolami, 2003 – Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica) queriendo así captar a los que están en sobrepeso y son obesos potenciales.
- b.-** Con la misma premisa de prevenir, no solo incluiremos dentro de este nuevo proyecto a los adultos mayores de 18 años con un IMC mayor o igual a 30kg/m<sup>2</sup> (obesos), sino que también a aquellos con un IMC mayor o igual a 27kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) que presenten alguna comorbilidad, entendiéndose como éstas a la Diabetes (en la actualidad hay 15.357 afiliados a APROSS dentro de un plan especial para control de DBT), Dislipemia (incluyendo

dentro de esta definición a personas con elevación de colesterol, triglicéridos y/o LDL y disminución de HDL), Cardiopatía Isquémica, Arteriopatías Periféricas, Insuficiencia Cardíaca, HTA (dentro del plan de control de enfermedades cardiovasculares hay actualmente 18.214 afiliados), Esteatohepatitis no Alcohólica, Trombosis Venosa Profunda, Insuficiencia Renal y Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).

**c.-**Las embarazadas con un IMC superior a 27kg/m<sup>2</sup> serán admitidas dentro de este plan, tengan o no comorbilidades, con la finalidad de controlar la ganancia de peso semanal, disminuyendo así el riesgo de diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, número de cesáreas, pérdidas fetales intrauterinas o abortos tardíos y a término, partos prematuros, defectos del tubo neural y macrosomía (Dietoterapia, Krause, 2009).

**d.-**La inclusión en el programa del paciente que cumpla estos simples requisitos estará a cargo del médico de cabecera (pediatra, clínico, cardiólogo, ginecólogo, obstetra, endocrinólogo, diabetólogo, nefrólogo, psiquiatra o neumonólogo) quién activará las prestaciones con una simple derivación escrita, fundamentando la solicitud. Una vez autorizada podrán contar inmediatamente con los beneficios de este plan.

## **6.-PRESTACIONES CUBIERTAS – MODALIDAD OPERATIVA**

Por lo expuesto, se propone la implementación de un programa basado en las siguientes prestaciones avaladas científicamente y dentro del marco legal ya descrito:

**a.-**El afiliado tendrá cobertura en consultas nutricionales, a cargo de médicos nutricionistas o licenciados en nutrición, con una frecuencia dependiente de su IMC y comorbilidades. En general los pacientes relativamente saludables en un plan dietario de pérdida de peso deben acudir a la consulta cada 2 a 4 semanas para monitorear la efectividad del tratamiento y sus efectos adversos. Visitas cada 4 semanas son



adecuadas durante los primeros 3 meses si el paciente evoluciona favorablemente. Consultas más frecuentes podrían ser requeridas basadas en el juicio clínico del profesional tratante, particularmente si se han suscitado complicaciones médicas. Un seguimiento más espaciado se puede intentar luego de los primeros 6 meses (La Guía Práctica. Identificación, Evaluación, y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad en Adultos. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. North American Association for the Study of Obesity. 2000 con vigencia al 2010).

- b.-**En caso de requerir apoyo psicológico o psiquiátrico el paciente obeso contará con cobertura en las sesiones con una frecuencia dependiente de su IMC y comorbilidades.
- c.-**Es importante aclarar que si el paciente no se pudiese trasladar debido a postración inducida por el exceso de peso, las consultas médicas, nutricionales, psicológicas y/o psiquiátricas se realizarán en su domicilio particular, previa comprobación de la incapacidad.
- d.-**La fisioterapia rehabilitadora en aquellos pacientes a los que la obesidad mórbida les haya ocasionado problemas estructurales estará cubierta.
- e.-**Los profesionales que traten a estos pacientes podrán indicar las interconsultas con especialistas que crean necesarias, fundamentando dicha solicitud.
- f.-**Los análisis de laboratorio bioquímico que se soliciten requerirán autorización previa, salvo que se encuentren dentro de la siguiente lista: citológico, urea, creatinina, ionograma, glucemia, insulinemia, hemoglobina glicosilada, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, LDL, HDL, T4, TSH, GOT, GPT, FAL, prueba oral de tolerancia a la glucosa, VSG y microalbuminuria. Lo mismo ocurrirá con otros métodos complementarios que no se encuentren entre los siguientes: ECG, Rx de tórax, ergometría, ecocardiograma y ecografía abdominal. La cobertura de estos métodos

complementarios diagnósticos será mediante bonos que serán provistos por D&CM. El afiliado solamente abonará al profesional, el valor correspondiente al coseguro, según convenio vigente con Bioquímicos.

- g.-**Ya que el sedentarismo es un factor condicionante del éxito de cualquier plan de tratamiento de pacientes con exceso de peso, la realización de actividad física regular, programada y personalizada, forma parte de este esquema terapéutico, por lo que cada equipo de tratamiento deberá contar con un licenciado en actividad física que organizará sesiones de entrenamiento personalizado o en grupos reducidos por lo menos dos veces por semana, en el espacio físico y con los métodos que crea conveniente según su formación y experiencia. El licenciado en educación física encargado de cada grupo estará sometido a controles periódicos por parte de auditores de esta obra social para garantizar la satisfactoria implementación y desarrollo de este importante pilar del tratamiento. Para poder realizar estas actividades, los pacientes deberán contar con el aval de su médico de cabecera, quién deberá llenar un formulario de apto físico en el que se adjuntarán: ECG, Rx de tórax, ecocardiograma, ergometría, datos de laboratorio bioquímico (citológico, urea, creatinina, ionograma, glucemia, VSG y sedimento urinario) y demás métodos complementarios que minimicen el riesgo de descompensación por realizar ejercicios no adecuados a su situación.
- h.-**En caso de no llegar al descenso de peso considerado exitoso, según IMC y comorbilidades, en el lapso de 6 meses, se le ofrecerá al paciente adulto la posibilidad de comenzar un tratamiento farmacológico anti-obesidad. Éxito se considera, en estos pacientes, la pérdida en 6 meses de entre un 5 a 10% del peso corporal inicial, si tenía un IMC de entre 27 y 29,9kg/m<sup>2</sup>, si su IMC era de entre 30 y 34,9kg/m<sup>2</sup> debería perder el 10% de su peso y por encima de 35kg/m<sup>2</sup> de IMC el éxito estaría en superar el 10% (Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica). El médico de cabecera será el encargado de valorar si el

paciente se ajusta a las indicaciones y contraindicaciones del medicamento. El único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de ésta enfermedad es el Orlistat que tendrá una cobertura del 100% en todas las farmacias adheridas a APROSS.

- i.- Se crearán ámbitos especiales donde las personas (incluidas dentro de este proyecto o no) podrán informarse sobre hábitos de vida saludable, mediante conferencias dictadas por especialistas en la materia (médicos, nutricionistas, psicólogos, profesores de educación física, chefs, etcétera). Se brindarán también charlas educativas sobre alimentación y actividad física, dirigidas a alumnos, con sus respectivos padres o tutores, maestros, preceptores, dueños de cantinas y directores de escuelas. La educación es parte esencial de la prevención y el tratamiento de la obesidad.
- j.- Los raros casos de obesidad secundaria (5% del total de obesos) ocasionados por endocrinopatías, síndromes malformativos y tratamientos farmacológicos, serán contemplados. Aquellos desencadenantes que tengan tratamiento farmacológico contarán con una cobertura especial del 100%. La mayoría de estos padecimientos requieren, además del tratamiento específico, apoyo nutricional, psicoterapia y ejercicioterapia por lo que se beneficiarían ingresando a este nuevo plan de tratamiento.
- k.- La colocación de **balón intragástrico**, ya contemplada dentro de las prestaciones de esta obra social está avalada en candidatos contenidos por un equipo multidisciplinario. Es imprescindible el control nutricional del paciente antes, durante y después de los 6 meses que tendrá puesto el balón. Un paciente que no está permeable a cambios en el estilo de vida es un mal candidato. Es de especial importancia el informe psicológico o psiquiátrico previo que certifique la ausencia de alteraciones en el comportamiento alimentario que puedan empeorar con el tratamiento. La introducción y retirada es realizada por endoscopistas



expertos quienes garantizarán el seguimiento del paciente durante todo el tratamiento. Como todo procedimiento médico tiene sus indicaciones y contraindicaciones.

**Indicaciones:**

- ❖ Pacientes con IMC mayor a 35kg/m<sup>2</sup> que no tengan una buena evolución con los tratamientos médico-nutricionales habituales.
- ❖ Pacientes con IMC mayor a 40kg/m<sup>2</sup> a los que no se les pueda efectuar una cirugía bariátrica por presentar alguno de los criterios de exclusión o bien aquellos que la rechazan.
- ❖ Pacientes con IMC mayor a 40kg/m<sup>2</sup> en plan de cirugía bariátrica que deban descender un 10% del peso corporal para disminuir el riesgo quirúrgico y que no lo puedan hacer únicamente con los tratamientos médico-nutricionales habituales.

**Contraindicaciones:**

- ❖ Embarazo.
- ❖ Esofagitis severa.
- ❖ Úlcera péptica.
- ❖ Cirugía gástrica resectiva previa.
- ❖ Enfermedades cardíacas o renales susceptibles de descompensación.
- ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ❖ Neoplasias.
- ❖ Alcohólicos y/o drogadictos.
- ❖ Uso de anticoagulantes.
- ❖ Enfermedad del colágeno.
- ❖ Cirrosis.
- ❖ Hernia hiatal mayor de 5cm.
- ❖ Uso permanente de AINES y corticoides.



- ❖ Trastornos psiquiátricos, salvo mejor criterio del psicólogo o psiquiatra habitual del paciente.
  - ❖ Falta de garantía de poder retirar el balón dentro en 48hs en caso de deflación.
  - ❖ Edades extremas, menos de 18 y más de 65 años.
- (Balón Intragástrico en el Tratamiento de la Obesidad, Nutr. Hosp, Madrid, 2009)

**I.- La cirugía bariátrica** ya está contemplada por esta obra social y tiene sus precisas indicaciones:

- ❖ Edad de entre 18 a 65 años.
- ❖ IMC mayor de 40kg/m<sup>2</sup>.
- ❖ Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada mediante resumen de historia clínica de centros donde haya sido evaluado.
- ❖ Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
- ❖ Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario durante los dos años previos en forma ininterrumpida.
- ❖ Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos del mismo evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará su compromiso para sostener los cambios de estilo de vida asociados al procedimiento.
- ❖ No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
- ❖ Estabilidad psicológica.

- ❖ Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
- ❖ Consentimiento informado.
- ❖ Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
- ❖ Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por cirujano capacitado en cirugía bariátrica, médico con experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (Psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

## **7.-PROMOCION Y DIFUSION DEL PROGRAMA**

Para asegurarnos la mayor adhesión posible a este **Plan Integral de Cobertura para el Control y Prevención de la Obesidad**, se lo publicitará en la revista y página web oficiales y en los medios de comunicación, además se imprimirá folletería ilustrativa para repartir en sitios estratégicos donde haya gran concurrencia de afiliados.

Este ítem es de gran interés ya que mientras más personas conozcan esta nueva iniciativa, más decidirán sumarse e iniciar los tratamientos propuestos, contribuyendo así a reducir los índices de esta enfermedad y sus graves consecuencias.

## **8.-MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES**

APROSS a través de la empresa **D&CM** establecerá un sistema de control de cada uno de los pacientes y prestadores dentro del plan. De esta forma regularemos que a todos los afiliados se les ofrezcan los recursos terapéuticos que su situación merezca. Podremos, mediante D&CM y nuestra

024<sup>10</sup>/11





**Área de Control y Prevención de la Obesidad**, servir de nexo entre los distintos miembros del equipo de salud y el paciente (manejo transdisciplinario). Detectaremos casos problema. Contribuiremos con la comunidad científica recolectando datos estadísticos de gran valor.

También contribuirá a disminuir el uso desmedido de determinados métodos de diagnóstico y tratamiento y se desalentará la instauración de terapias sin rigor científico, las que no tendrán cobertura.

Atento a los datos estadísticos apuntados más arriba, estimamos que alrededor de 90.000 afiliados a APROSS está en situación de Obesidad.

El objetivo es llegar, con las diferentes estrategias, a todos ellos, en forma progresiva.

## **9.- RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUCTURA NECESARIOS**

Para solventar logísticamente esta cobertura, y que sea lo más completa y eficiente posible, se deberá crear un área destinada únicamente al desarrollo y control de la misma. El ámbito físico, deberá ser suficiente para contener las entrevistas y las tareas administrativas propias, con el equipamiento informático y mobiliario necesario.

Esta área deberá estar a cargo de un Médico Nutricionista que será el responsable de valorar las indicaciones de los equipos multidisciplinarios prestadores del proyecto, ser el nexo entre APROSS, D&CM y los equipos de tratamiento, manejar casos problema para dar la contención necesaria al afiliado y responder ante las inquietudes, dudas y reclamos de los profesionales que integrarán los diferentes equipos multidisciplinarios.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la salud mental de los pacientes dentro de los módulos que impliquen procedimientos invasivos, esta nueva área deberá contar con un Psiquiatra que los valorará indicando si realmente es el caso ideal o el momento correcto para el procedimiento.



**10.-CRITERIOS DE TRATAMIENTO SEGÚN IMC Y COMORBILIDADES**

- a.-**Los afiliados a APROSS podrán acceder al Plan Integral de Cobertura para el Control y Prevención de la Obesidad y serán incluidos en los diferentes módulos teniendo en cuenta simplemente su IMC y comorbilidades. Se establecerán criterios de éxito y tiempos tentativos para lograrlos. Acceder a un tratamiento de mayor complejidad (pasar de un módulo a otro) dependerá de haber cumplido con los tratamientos multidisciplinarios previstos y no haber logrado un descenso de peso aceptable y/o modificado las patologías asociadas.
- b.-**No se incluirán dentro de este plan procedimientos diagnósticos y terapéuticos sin respaldo científico.
- c.-**No se incluirán dentro de este programa a personas con un IMC alterado que no sean clínicamente obesos.
- d.-**Los afiliados tendrán cobertura en consultas médicas, nutricionales y en sesiones psiquiátricas, psicológicas y de actividad física. La medicación anti obesidad (Orlistat) y la utilizada para contrarrestar algunas de las causas de obesidad secundaria serán reconocidas en un 100%. La rehabilitación de secuelas ocasionadas por la obesidad mórbida contará con cobertura especial así como los métodos complementarios solicitados por el equipo tratante.
- e.-**El registro, control y seguimiento de afiliados y prestadores dentro del plan se hará desde la empresa D&CM con la supervisión de APROSS. D&CM también servirá de nexo entre los profesionales tratantes con la finalidad de que éste sea un verdadero equipo transdisciplinario.

**11.-PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO SEGÚN IMC Y COMORBILIDADES****a.-PROTOSCOLO 1: SOBREPESO GRADO II CON COMORBILIDADES**

**Código 19.02.10 – Consultas Clínicas y Nutricionales - Sesiones de Actividad Física****Criterios de inclusión:**

Pacientes valorados por su médico de cabecera (clínico, pediatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) que soliciten su inclusión en el plan debido a que cumplen los siguientes requisitos.

1. Personas mayores de 18 años con un IMC entre 27 y 29,9kg/m<sup>2</sup> con alguna comorbilidad (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC).
2. Embarazadas que al inicio de su gestación tengan un IMC entre 27 y 29,9kg/m<sup>2</sup>, con o sin comorbilidades.
3. Menores de 18 años cuyo IMC se encuentre entre los percentilos 85 y 95, tengan o no comorbilidades.

**Registro:**

El médico de cabecera (clínico, pediatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) solicitará la inclusión en el programa llenando un formulario especial (descargado e impreso desde la página oficial), en éste deberán consignarse los datos básicos para poder clasificar el riesgo del afiliado. Posteriormente en el Area de Control y Prevención de la Obesidad de la sede central de APROSS se valorará dicha solicitud. De estar debidamente justificada se lo incluirá en el protocolo correspondiente y se lo remitirá a la empresa D&CM donde se registrarán sus datos incluyéndolo en el programa. Esta empresa será también la encargada del seguimiento de cada paciente.



El afiliado podrá elegir el equipo de tratamiento multidisciplinario que desee dentro de una cartilla de prestadores. Éstos estarán integrados por médicos clínicos y/o pediatras, licenciados en nutrición o médicos nutricionistas, psiquiatras, psicólogos y licenciados en actividad física.

Los profesionales tratantes deberán volcar los datos concernientes a la evolución de cada paciente (medidas antropométricas, curvas de descenso de peso, signos vitales, tratamientos farmacológicos, resultado de métodos complementarios, asistencia a consultas o sesiones, etc.) en una historia clínica disponible online a la que también tendrá acceso D&CM y APROSS. Cada miembro del equipo tendrá su clave de ingreso que le permitirá introducir y modificar datos propios así como consultar los consignados por sus colegas.

En D&CM se le indicará también a que métodos complementarios de diagnóstico deberá someterse para comenzar el tratamiento (análisis bioquímicos, ECG, ecocardiograma, ecografía abdominal, radiografía de tórax y, si las características del paciente lo permiten, ergometría).

Todo paciente menor de 18 años deberá contar con la autorización del padre, madre o tutor para ser admitido en el programa.

### **Prestaciones:**

- 1.** Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes, quincenales por tres meses para luego convertirse en mensuales.
- 2.** Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
- 3.** Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). La finalidad de esto es seguir médicamente la evolución del paciente, saber



fidedignamente si está apto para realizar este tratamiento y el riesgo que le supondría hacer una dieta hipocalórica y actividad física. Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 6 meses.

**Criterios de éxito:**

1. Descenso de entre un 5 y un 10% del peso corporal inicial en el lapso de 6 meses y mantenimiento (ganancia no mayor a 500g) por otros 6 meses en adultos mayores de 18 años.
2. Subir entre 300 y 350g por semana en caso de pacientes embarazadas.
3. En los menores de 18 años, mantener el percentilo inicial hasta que la edad sea acorde a su peso o bien el descenso de un 5 a 10% de peso inicial anual, dependiendo de la indicación nutricional, teniendo en cuenta la edad y comorbilidades del niño.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan pudiendo interactuar con ellos y con los profesionales tratantes, fiscalizando así el cumplimiento de lo establecido y garantizando que se hayan ofrecido todas las opciones terapéuticas que amerite el caso. Los seguimientos serán al ingreso (registro inicial), a los tres meses y luego cada seis meses. Los afiliados serán entrevistados en las oficinas de D&CM. Aquellos que sean menores de 18 años deberán contar con la autorización del padre, madre o tutor legal y concurrirán a los seguimientos acompañados de éstos.

En determinadas circunstancias, D&CM podrá interactuar con el equipo tratante sugiriendo terapéuticas, controles, métodos complementarios, etc. Dentro de estas circunstancias, las más importantes serían las siguientes: curva de descenso de peso anormal; no modificación de comorbilidades; inasistencia a consultas y/o sesiones; abandono de medicación; omisión en la solicitud de algún método complementario vital para identificar

comorbilidades, detectar obesidad secundaria, estratificar riesgo cardiovascular o bien para valorar la evolución del tratamiento.

En el supuesto caso de no poder alcanzar las metas impuestas, y si se corrobora por medio de los controles realizados en D&CM que el paciente ha cumplido todos los pasos del tratamiento, se le dará la posibilidad de pasar a otro módulo de mayor complejidad. De lo contrario se insistirá con la misma metodología, siempre y cuando no corra riesgo su salud. El paso de un módulo a otro deberá ser sugerido por D&CM y/o el equipo multidisciplinario pero autorizado por APROSS. D&CM propone y sugiere pero no interfiere en las decisiones de los profesionales tratantes.

## **b.-PROTOCOLO 2: OBESIDAD GRADO I**

**Código 19.02.20 – Consultas Clínicas y Nutricionales - Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**

### **Criterios de inclusión:**

Pacientes valorados por su médico de cabecera (clínico, pediatra, psiquiatra, cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) que soliciten su inclusión en el plan debido a que cumplen los siguientes requisitos.

- 1.** Personas mayores de 18 años con un IMC entre 30 y 34,9kg/m<sup>2</sup> con o sin comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC).
- 2.** Embarazadas que al inicio de su gestación tengan un IMC entre 30 y 34,9kg/m<sup>2</sup>, con o sin comorbilidades.



3. Menores de 18 años cuyo IMC se encuentre entre los percentilos 95 y 97, tengan o no comorbilidades.
4. Pacientes que no hallan conseguido alcanzar las metas sugeridas en el Módulo 1 habiendo cumplido todos los pasos del tratamiento estandarizado anteriormente por el lapso de 24 meses.

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, pediatra, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en el módulo anterior.

**Prestaciones:**

1. Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes, quincenales por seis meses para luego convertirse en mensuales.
2. Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
3. Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). La finalidad de esto es seguir médicamente la evolución del paciente, saber fidedignamente si está apto para realizar este tratamiento y el riesgo que le supondría hacer una dieta hipocalórica y actividad física. Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 6 meses.
4. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes lo controlarán quincenalmente durante los primeros 6 meses y luego mensualmente.



**5.**Farmacoterapia (Orlistat) en el único caso de que el paciente presente alguna comorbilidad que lo justifique. Esta opción terapéutica es aplicable únicamente a adultos mayores de 18 años y está contraindicado en embarazadas.

**Criterios de éxito:**

- 1.Descenso de más de un 10% del peso corporal inicial en el lapso de 6 meses y mantenimiento (ganancia no mayor a 1kg) por otros 6 meses en adultos mayores de 18 años.
- 2.Subir entre 250 y 300g por semana en caso de pacientes embarazadas.
- 3.En los menores de 18 años, mantener el percentilo inicial hasta que la edad sea acorde a su peso o bien el descenso de más de un 10% de peso inicial anual, dependiendo de la indicación nutricional, teniendo en cuenta la edad y comorbilidades del niño.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en el módulo anterior.

**c.-PROTOCOLO 3: OBESIDAD GRADO II**

**Código 19.02.30 – Consultas Clínicas y Nutricionales – Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**

**Criterios de inclusión:**

Pacientes valorados por su médico de cabecera (clínico, pediatra, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) que soliciten su inclusión en el plan debido a que cumplen los siguientes requisitos.



1. Personas mayores de 18 años con un IMC entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup> con o sin comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC).
2. Embarazadas que al inicio de su gestación tengan un IMC entre 35kg/m<sup>2</sup> y 39,9kg/m<sup>2</sup>, con o sin comorbilidades.
3. Menores de 18 años cuyo IMC se encuentre por encima del percentilo 97, tengan o no comorbilidades.
4. Pacientes que no hayan conseguido alcanzar las metas sugeridas en el Módulo 2 habiendo cumplido todos los pasos del tratamiento estandarizado anteriormente por el lapso de 24 meses.

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, pediatra, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores.

**Prestaciones:**

1. Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes, quincenales por 6 meses y luego mensuales.
2. Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
3. Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). La finalidad de esto es seguir médicamente la evolución del paciente, saber

fidedignamente si está apto para realizar este tratamiento y el riesgo que le supondría hacer una dieta hipocalórica y actividad física. Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 6 meses.

4. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes lo controlarán quincenalmente.
5. Farmacoterapia (Orlistat). Esta opción terapéutica es aplicable únicamente a adultos mayores de 18 años y está contraindicado en embarazadas.

### **Criterios de éxito:**

1. Descenso de más de un 10% del peso corporal inicial en el lapso 6 meses y mantenimiento (ganancia no mayor a 2kg) por otros 6 meses en adultos mayores de 18 años.
2. Subir entre 200 y 250g por semana en caso de pacientes embarazadas.
3. En los menores de 18 años, mantener el percentilo inicial hasta que la edad sea acorde a su peso o bien el descenso de más de un 15% de peso inicial anual, dependiendo de la indicación nutricional, teniendo en cuenta la edad y comorbilidades del niño.

### **Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

### **d.-PROTOCOLO 4: OBESIDAD GRADO II SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL**

**Código 19.02.40 – Consultas Clínicas y Nutricionales – Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**

**Código 20.01.50 y 20.01.51 - Colocación y extracción de Balón intragástrico****Criterios de inclusión:**

En este módulo se valorará la posibilidad de acceder a la colocación de **balón intragástrico**. Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup> con o sin comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC), valorados por su nutricionista y su médico de cabecera (clínico, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo o nefrólogo) serán incluidos en el plan cumpliendo los siguientes requisitos.

1. Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.
2. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes del procedimiento según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
3. Haber intentado otros métodos no invasivos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses anteriores al ingreso a este plan de tratamiento, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario.
4. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.
5. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
6. Estabilidad psicológica.
7. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.

- 8.** Consentimiento informado.
- 9.** Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
- 10.** Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la colocación del balón, debe ser firmado y sellado por endoscopista capacitado, médico con experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.
- 11.** Los pacientes no deben presentar ninguna de las siguientes contraindicaciones:
  - ❖ Embarazo.
  - ❖ Esofagitis severa.
  - ❖ Úlcera péptica.
  - ❖ Cirugía gástrica resectiva previa.
  - ❖ Enfermedades cardíacas o renales susceptibles de descompensación.
  - ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
  - ❖ Neoplasias.
  - ❖ Alcohólicos y/o drogadictos.
  - ❖ Uso de anticoagulantes.
  - ❖ Enfermedad del colágeno.
  - ❖ Cirrosis.
  - ❖ Hernia hiatal mayor de 5cm.
  - ❖ Uso permanente de AINES y corticoides.
  - ❖ Trastornos psiquiátricos, salvo mejor criterio del psicólogo o psiquiatra habitual del paciente.



- ❖ Falta de garantía de poder retirar el balón dentro en 48hs en caso de deflación.

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores. Consultando un listado de prestadores de esta obra social podrá elegir donde y con que endoscopista tratarse.

Los pacientes no pueden ser registrados directamente en este módulo, deben permanecer dentro del módulo anterior por el lapso de 12 meses y demostrar buena adhesión, ya que un paciente que no respete un plan alimentario, actividad física, salud mental y/o controles clínicos frecuentes, no es un buen candidato a la colocación del balón.

**Prestaciones:**

- 1.** Colocación de balón intragástrico por endoscopista experto en la materia. El balón permanecerá 6 meses en el paciente y luego será retirado endoscópicamente.
- 2.** Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes y luego quincenales durante los 6 meses que permanecerá el balón colocado. Luego de la extracción las consultas serán quincenales por otros 6 meses para luego convertirse en mensuales.
- 3.** Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
- 4.** Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, etc.). La finalidad de esto es saber

fidedignamente si el paciente está apto para ser sometido a la colocación del balón y en caso de estarlo seguir su evolución.

5. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes indicarán si está apto para tolerar el balón y luego de realizado el procedimiento lo controlarán quincenalmente.
6. Fibroendoscopia digestiva alta previa a la colocación del balón con la finalidad de detectar patologías gastroesofágicas que contraindiquen la colocación.

**Criterio de éxito:**

Descenso de más de un 10% del peso corporal inicial en los 6 meses posteriores a la colocación y mantenimiento (ganancia no mayor a 2kg) por otros 6 meses.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

**e.-PROTOCOLO 5: OBESIDAD GRADO II CON COMORBILIDADES SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y/O BALÓN INTRAGÁSTRICO**

**Código 08.03.22 – Cirugía bariátrica videolaparoscópica**

**Código 08.03.20 – Cirugía bariátrica por vía convencional**

**Criterios de inclusión:**

En este módulo se valorará la posibilidad de que pacientes ya incluidos en este proyecto pero en un módulo anterior puedan acceder a una **cirugía bariátrica**. Los pacientes valorados por su nutricionista y su médico de cabecera (clínico, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo o nefrólogo) serán incluidos en el módulo cumpliendo los siguientes requisitos.

Personas mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC) con buena adhesión a las terapéuticas incluidas en los módulos anteriores (3 y/o 4) pero que no hallan logrado un descenso de peso adecuado y/o mejoría de patologías asociadas en el lapso de por lo menos 24 meses. Otras condiciones insoslayables que deben cumplir son:

1. Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.
2. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
3. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses anteriores al ingreso a este plan de tratamiento, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario.
4. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos, evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.
5. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
6. Estabilidad psicológica.

7. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
8. Consentimiento informado.
9. Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
10. Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por cirujano capacitado en cirugía bariátrica, médico con experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores. Consultando un listado de prestadores de esta obra social podrá elegir donde y con que equipo de cirujanos atenderse.

Los pacientes no pueden ser registrados directamente en este módulo, deben permanecer dentro de los módulos anteriores (3 y/o 4) por el lapso de 24 meses y demostrar buena adhesión ya que un paciente que no respete un plan alimentario, actividad física, salud mental y/o controles clínicos frecuentes, no es un buen candidato a la cirugía.

**Prestaciones:**



1. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos dependiente de APROSS quienes indicarán si está apto para ser sometido a cirugía.
2. Valoración por médico nutricionista dependiente de APROSS quién determinará si la indicación quirúrgica es correcta.
3. El resto de las prestaciones serán determinadas por el equipo quirúrgico (cada equipo tiene ya estipulados los pasos a seguir según su experiencia y protocolos médicos).

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

Una vez que el módulo quirúrgico haya finalizado, el afiliado será contenido dentro del módulo de pacientes bariatrizados (Nº 9).

**f.- PROTOCOLO 6: OBESIDAD MÓRBIDA**

**Código 19.02.60 – Consultas Clínicas y Nutricionales – Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**

**Código 20.01.50 y 20.01.51 - Eventual utilización de Balón intragástrico (colocación y extracción)**

**Código 08.03.21 - Eventual Dermolipectomía**

**Criterios de inclusión:**

Pacientes valorados por su nutricionista y médico de cabecera (clínico, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo,



ginecólogo, obstetra o nefrólogo) que soliciten su inclusión en el plan debido a que cumplen el siguiente requisito.

1. Personas mayores de 18 años con un IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup> con o sin comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC).
2. Embarazadas que al inicio de su gestación tengan un IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup>, con o sin comorbilidades.

### **Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, obstetra o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores.

### **Prestaciones:**

- 1-Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes y luego quincenales.
- 2- Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
- 3-Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). La finalidad de esto es seguir médicamente la evolución del paciente, saber fidedignamente si está apto para realizar este tratamiento y el riesgo que le supondría hacer una dieta hipocalórica y actividad física. Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 6 meses.

- 4-Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes lo controlarán quincenalmente.
- 5-Farmacoterapia (Orlistat). Esta opción terapéutica es aplicable únicamente a adultos mayores de 18 años y está contraindicado en embarazadas.
- 6-Colocación de balón intragástrico según protocolo expresado en el módulo 4.
- 7-Fisioterapia rehabilitadora en aquellos pacientes a los que la obesidad les haya ocasionado problemas estructurales.
- 8-Consultas nutricionales, psicológicas, psiquiátricas y sesiones de fisioterapia a domicilio si el paciente no se pudiese trasladar como consecuencia de las secuelas ocasionadas por la obesidad.
- 9-Cirugía de dermolipectomía (dermolipectomía abdominal o abdominoplastia, mastopexia y/o dermolipectomía de miembros) luego de por lo menos 24 meses de tratamiento. Para acceder a este procedimiento, el paciente debe mantener un peso estable durante al menos un año y haber conseguido un IMC inferior a 35kg/m<sup>2</sup>.

**Criterios de éxito:**

1. Descenso de más de un 10% del peso corporal inicial en el lapso 6 meses y mantenimiento (ganancia no mayor a 2kg) por otros 6 meses.
2. Subir menos de 200g por semana en caso de pacientes embarazadas.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

**g.-PROTOCOLO 7: OBESIDAD MÓRBIDA SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y/O BALÓN INTRAGÁSTRICO**

**Código 08.03.22 – Cirugía bariátrica videolaparoscópica****Código 08.03.20 – Cirugía bariátrica por vía convencional****Criterios de inclusión:**

En este módulo se valorará la posibilidad de que pacientes ya incluidos en este proyecto pero en un módulo anterior puedan acceder a una **cirugía bariátrica**. Los pacientes valorados por su nutricionista y su médico de cabecera (clínico, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo o nefrólogo) serán incluidos en el módulo cumpliendo los siguientes requisitos.

Personas mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC superior a 40kg/m<sup>2</sup> con o sin comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC) con buena adhesión a las terapéuticas incluidas en el módulo anterior pero que no hayan logrado un descenso de peso adecuado y/o mejoría de patologías asociadas en el lapso de por lo menos 12 meses. Otras condiciones insoslayables que deben cumplir son:

1. Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.
2. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
3. Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses anteriores al ingreso a este plan de tratamiento, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario.
4. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos, evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el

- compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.
5. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
  6. Estabilidad psicológica.
  7. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
  8. Consentimiento informado.
  9. Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
  10. Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por cirujano capacitado en cirugía bariátrica, médico con experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, psiquiatra, cardiólogo, neumonólogo, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo o nefrólogo) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores. Consultando un listado de prestadores de esta obra social podrá elegir donde y con que equipo de cirujanos atenderse.

Los pacientes no pueden ser registrados directamente en este módulo, deben permanecer dentro del módulo 6 por el lapso de 12 meses y demostrar buena adhesión ya que un paciente que no respete un plan alimentario, actividad física, salud mental y/o controles clínicos frecuentes, no es un buen candidato a la cirugía.



**Prestaciones:**

1. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos dependiente de APROSS quienes indicarán si está apto para ser sometido a cirugía.
2. Valoración por médico nutricionista dependiente de APROSS quién determinará si la indicación quirúrgica es correcta.
3. El resto de las prestaciones serán determinadas por el equipo quirúrgico (cada equipo tiene ya estipulados los pasos a seguir según su experiencia y protocolos médicos).

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

Una vez que el módulo quirúrgico haya finalizado el afiliado será contenido dentro del módulo de pacientes bariatrizados (N° 9).

**h.-PROTOCOLO 8: OBESIDAD SECUNDARIA****Código 19.02.80 – Consultas Clínicas y Nutricionales – Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**

En la obesidad secundaria, los procesos desencadenantes (síndromes genéticos, alteraciones endócrinas o tratamientos farmacológicos) tienen un tratamiento específico según la etiología pero como complemento, la mayoría, requieren apoyo nutricional, ejercicioterapia y psicoterapia.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes valorados por su médico de cabecera (clínico, pediatra, psiquiatra, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo u obstetra) que soliciten su inclusión en el plan debido a que poseen un IMC superior a 30kg/m<sup>2</sup> y padecen algún proceso documentado causante de su obesidad.

Los desencadenantes de este tipo de exceso de peso son los siguientes:

**Endocrinológicos:**

- ❖ Hipotiroidismo
- ❖ Síndrome de Cushing
- ❖ Déficit de hormona del crecimiento
- ❖ Craneofaringioma
- ❖ Seudohipoparatiroidismo
- ❖ Síndrome del ovario poliquístico

**Malformativos:**

- ❖ Síndrome de Prader – Willi
- ❖ Síndrome de Lawrence – Moon (Bardet – Bield)
- ❖ Síndrome de Alstrom – Hallgren
- ❖ Síndrome de Carpenter
- ❖ Síndrome de Cohen
- ❖ Síndrome de Borjeson
- ❖ Síndrome de Biemond
- ❖ Síndrome de Smith – Magenis
- ❖ Síndrome de Urban

**Inducido por fármacos:**

- ❖ Glucocorticoides.
- ❖ Anticonceptivos orales.



- ❖ Insulina.
- ❖ Sulfonilureas (Gliburida, Glibenclamida).
- ❖ Tiazolindindionas.
- ❖ Metiglinidas.
- ❖ Antipsicóticos (Haloperidol, Clorpromazina, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Perfenazina, Ziprasidona).
- ❖ Antiepilépticos (Ácido Valproico, Carbamazepina, Gabapentina).
- ❖ Antidepresivos (Fluoxetina, Citalopram, Paroxetina, Sertralina).
- ❖ Litio.
- ❖ Bloqueantes adrenérgicos (Propanolol, Clonidina, Prazosín).

**Registro:**

El paciente, con la derivación de su médico de confianza (clínico, pediatra, psiquiatra, endocrinólogo, diabetólogo, ginecólogo, u obstetra) será incluido en el programa de la misma forma y bajo las mismas condiciones que en los módulos anteriores.

**Prestaciones:**

Dependen del tipo de desencadenante y de la indicación médica del profesional tratante pero el tratamiento de la mayoría de estos trastornos se complementa muy bien con las siguientes prestaciones:

1. Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) semanales el primer mes, quincenales por seis meses para luego convertirse en mensuales.
2. Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.





3. Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). La finalidad de esto es seguir médicamente la evolución del paciente, saber fidedignamente si está apto para realizar este tratamiento y el riesgo que le supondría hacer una dieta hipocalórica y actividad física. Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 3 a 6 meses.
4. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes lo controlarán quincenalmente durante los primeros 6 meses y luego mensualmente.
5. Farmacoterapia (Orlistat). Esta opción terapéutica es aplicable únicamente a adultos mayores de 18 años y está contraindicado en embarazadas.
6. Fisioterapia rehabilitadora en aquellos pacientes a los que la obesidad les haya ocasionado problemas estructurales.
7. Consultas nutricionales, psicológicas, psiquiátricas y sesiones de fisioterapia a domicilio si el paciente no se pudiese trasladar como consecuencia de las secuelas ocasionadas por la obesidad.

**Criterios de éxito:**

Depende del tipo de patología y del tratamiento específico de la misma.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

**i.- PROTOCOLO 9: PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

**Código 19.02.90 – Consultas Clínicas y Nutricionales – Valoración Psicológica inicial y apoyo terapéutico - Sesiones de Actividad Física**



**Código 08.03.21 - Eventual Dermolipectomía****Criterios de inclusión:**

Pacientes sometidos a cirugía bariátrica que hayan cumplido los tiempos y prestaciones incluidas dentro del módulo quirúrgico.

**Prestaciones:**

1. Consultas nutricionales (con médico nutricionista o licenciado en nutrición) quincenales por 6 meses y luego mensuales.
2. Sesiones de actividad física dos veces por semana, orientadas a personas con exceso de peso y sus comorbilidades, supervisadas por licenciado en actividad física miembro del equipo transdisciplinario.
3. Valoración clínica mensual más los métodos complementarios que solicite el facultativo para tal fin (laboratorio bioquímico, radiografía de tórax, ECG, ergometría, ecocardiograma, perfusión miocárdica, etc.). Superado el primer año de tratamiento estos controles se realizarán cada 3 a 6 meses.
4. Valoración psiquiátrica y/o psicológica con un equipo especializado en trastornos alimenticios hiperfágicos quienes lo controlarán quincenalmente.
5. Cirugía de dermolipectomía (dermolipectomía abdominal o abdominoplastia, mastopexia y/o dermolipectomía de miembros) luego de por lo menos 24 meses de realizada la cirugía bariátrica. Para acceder a este procedimiento, el paciente debe mantener un peso estable durante al menos un año y haber conseguido un IMC inferior a 35kg/m<sup>2</sup>. Como se aclarará en el anexo correspondiente esta opción es practicable únicamente en pacientes con obesidad mórbida (IMC mayor a 40kg/m<sup>2</sup>) al inicio del tratamiento.



6. Fisioterapia rehabilitadora en aquellos pacientes a los que la obesidad les haya ocasionado problemas estructurales.
7. Consultas nutricionales, psicológicas, psiquiátricas y sesiones de fisioterapia a domicilio si el paciente no se pudiese trasladar como consecuencia de las secuelas ocasionadas por la obesidad.

**Seguimiento:**

D&CM seguirá la evolución de cada persona dentro del plan de la misma manera que en los módulos anteriores.

**ANEXO 1: NORMAS GENERALES**

**Los pacientes que concurren a esta obra social solicitando tratamientos invasivos de la obesidad (balón intragástrico y cirugía bariátrica)** serán captados incluyéndolos en el módulo que corresponda según IMC y comorbilidades y se les solicitará que cumplan las pautas determinadas dentro del mismo con la finalidad de valorarlos y prepararlos para dicha intervención antes de ser derivados al equipo de expertos.

El objetivo es que el paciente se vea contenido en todo momento, no sienta que se le obstaculiza el camino hacia un tratamiento que el cree merecer, y así, finalmente se de cuenta que se lo está preparando física y mentalmente para garantizarle menor riesgo perioperatorio y mejores resultados a largo plazo.

En el supuesto caso de no cumplir con los criterios básicos para el procedimiento es fundamental que el afiliado reciba una explicación que lo conforme humana y científicamente.

Se ha creado un área en APROSS destinada exclusivamente a resolver estas situaciones.

**Todos los pacientes que tengan en la actualidad indicación quirúrgica y se encuentren en lista de espera** serán incluidos en los


módulos correspondientes según IMC y comorbilidades y referidos a los equipos de tratamiento interdisciplinario con la metodología de registro y seguimiento descrita anteriormente. Esperarán la realización del procedimiento cumpliendo las pautas expresadas en cada módulo. La finalidad de esto es llevar el control estadístico de las características de los pacientes que se están interviniendo en la actualidad para compararlas con datos futuros, garantizar la contención del paciente intentando llegar al día del procedimiento con el menor riesgo quirúrgico posible y por último, establecer un vínculo entre el equipo y los pacientes antes de la cirugía lo que será fundamental para su seguimiento después de la misma.

APROSS con el apoyo de D&CM será el encargado de determinar, según protocolo consensuado con los miembros de los distintos equipos quirúrgicos, el orden en que los pacientes serán sometidos a cirugía bariátrica.

**La dermolipectomía** puede realizarse en obesos mórbidos (IMC mayor a 40kg/m<sup>2</sup>) que hayan modificado su estructura corporal con tratamiento convencional permaneciendo 24 meses dentro del módulo correspondiente o bien en aquellos que lograron bajar de peso mediante una cirugía bariátrica luego de 24 meses de practicada la misma.

**Indicaciones:**

1. Peso estable durante al menos 12 meses.
2. Edad entre 18 y 65 años.
3. IMC menor de 35kg/m<sup>2</sup>.
4. No se realizarán éstos procedimientos en embarazadas.
5. No adicción a tabaco, drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
6. No antecedentes de tromboembolias.



7. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).

### **ANEXO 2: ORDEN DE PRIORIDADES PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA**

**El orden de prioridades para cirugía bariátrica será el siguiente:**

1. Pacientes con IMC superior a 50kg/m<sup>2</sup>.
2. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m<sup>2</sup> con dos o más comorbilidades.
3. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m<sup>2</sup> con una comorbilidad.
4. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m<sup>2</sup> sin comorbilidades.
5. Pacientes con IMC entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup> con dos o más comorbilidades.
6. Pacientes con IMC entre 35 y 39,9kg/m<sup>2</sup> con una comorbilidad.

**Entiéndase por comorbilidades a:**

- ❖ Diabetes (DBT).
- ❖ Hipertensión arterial (HTA).
- ❖ Cardiopatía isquémica.
- ❖ Insuficiencia cardiaca (IC).
- ❖ Insuficiencia renal crónica (IRC).
- ❖ Patología arterial periférica (Síndrome isquémico crónico de MMII, accidentes cerebrovasculares y obstrucción carotídea).
- ❖ Trombosis venosa profunda (TVP).
- ❖ Esteatohepatitis no alcohólica.
- ❖ Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- ❖ Dislipidemia (DLP): elevación de Colesterol total, Triglicéridos y/o LDL asociado o no a HDL por debajo de valores normales.
- ❖ Osteoartritis tratable con reducción ponderal.

**ANEXO 3: ACTIVIDAD FISICA**

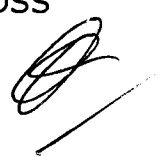
Debido a que el sedentarismo es uno de los factores predisponentes y desencadenantes de mayor relevancia, se hará especial hincapié en la **actividad física** como uno de los pilares fundamentales de este programa de manejo de la obesidad.

Los equipos de salud contarán con un licenciado en actividad física que organizará en tiempo y espacio las sesiones con el afiliado. Se exigirá asistencia 2 veces por semana y deberá cumplir un 70% de éstas al mes.

Se exceptuará de esta prestación a menores de 10 años, a aquellos menores de 18 años que no cuenten con autorización de padre, madre o tutor, a pacientes cuyo médico clínico contraindique el ejercicio físico y a personas con alteraciones motoras que imposibiliten la ejercicioterapia. A estos últimos se les ofrecerán sesiones de rehabilitación en instituciones adheridas a APROSS o bien en su domicilio si la gravedad de la afección así lo requiriese.

**ANEXO 4: INSTRUCTIVO PARA PACIENTES**

1. El médico de cabecera del afiliado, prestador de APROSS (clínico, pediatra, cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, diabetólogo, psiquiatra, ginecólogo, obstetra o nefrólogo), al detectar en su paciente problemas de exceso de peso podrá solicitar la inclusión del mismo en un programa de tratamiento de la obesidad.
2. El médico deberá llenar un formulario especial con las características del paciente que justifiquen el tratamiento (peso, talla, IMC, patologías asociadas, medicación habitual, etc.).
3. Este formulario podrá ser descargado e impreso por el médico o el paciente desde la página web oficial.
4. Con dicho formulario completo el interesado se dirigirá al Área de Tratamiento y Prevención de la Obesidad en la Sede Central de APROSS



donde se controlará que cumpla con los requisitos necesarios para ingresar al programa (IMC entre 27 y 29,9 kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades\* o IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>). De estar apto se lo incluirá en el protocolo correspondiente (del 1 al 9 según IMC, comorbilidades y tratamientos especiales). Posteriormente se lo remitirá a los consultorios de D&CM, empresa de salud encargada de controlar científicamente el programa.

5. En D&CM se hará un registro inicial. Le indicarán que métodos diagnósticos complementarios debe realizarse para comenzar el tratamiento (análisis bioquímicos, ECG, Ecografía abdominal, Ecocardiograma, etc.) y se le ofrecerán las opciones de equipos de salud prestadores de APROSS. Luego de este registro inicial el paciente será citado en tres meses y luego cada seis meses para control.
6. Los equipos contarán con médico clínico y/o pediatra, nutricionista (médico o licenciado), psiquiatra, psicólogo y licenciado en actividad física.
7. Las cartillas personales se renovarán cada seis meses en las delegaciones de APROSS.
8. Todo paciente menor de 18 años deberá contar con la autorización del padre, madre o tutor para ser admitido en el programa.
9. Los pacientes menores de 10 años estarán eximidos de concurrir a sesiones de actividad física. Aquellos que certifiquen tener alguna discapacidad también lo estarán. Estos últimos contarán con fisioterapia rehabilitadora dentro de las prestaciones.
10. Los pacientes que se encuentren actualmente en lista de espera de cirugía bariátrica también serán incluidos en el programa siguiendo los pasos detallados anteriormente.
11. Una vez que el equipo tratante decida que el paciente debe ser sometido a cirugía bariátrica éste será valorado en el Área de Tratamiento y Prevención de la Obesidad por un psiquiatra y un médico nutricionista quienes autorizarán o no el procedimiento.

**12.** El Área de Tratamiento y Prevención de la Obesidad estará también encargada contener al paciente aclarando sus dudas y resolviendo los problemas que puedan surgir.

\*comorbilidades:

- ❖ Diabetes (DBT).
- ❖ Hipertensión arterial (HTA).
- ❖ Cardiopatía isquémica.
- ❖ Insuficiencia cardiaca (IC).
- ❖ Insuficiencia renal crónica (IRC).
- ❖ Patología arterial periférica (Síndrome isquémico crónico de MMII, accidentes cerebrovasculares y obstrucción carotídea).
- ❖ Trombosis venosa profunda (TVP).
- ❖ Esteatohepatitis no alcohólica.
- ❖ Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- ❖ Dislipidemia (DLP): elevación de Colesterol total, Triglicéridos y/o LDL asociado o no a HDL por debajo de valores normales.
- ❖ Osteoartritis tratable con reducción ponderal.



**ANEXO 5: NOMENCLADOR DE ARANCELES**

Los aranceles establecidos en los respectivos Módulos y Protocolos, contemplan la totalidad de prestaciones diagnósticas y terapéuticas descriptas en cada uno.

Son por período mensual y cada prestación deberá registrarse en la Historia Clínica Nutricional (Cartilla) de cada paciente que estará disponible impresa y en el SVI.

Los prestadores deberán facturar mensualmente cada módulo validado y autorizado por Auditoría Médica de APROSS, adjuntando la Planilla con el detalle de las prestaciones y la conformidad del afiliado.



ANEXO UNICO

NOMENCLADOR DE ARANCELES					
MODULOS DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD			ARANCEL MENSUAL INTEGRAL		
CODIGOS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN	A CARGO DE APROSS	AFILIADO	TOTAL
190210	PROTOCOLO 1	SOBREPESO GRADO II CON COMORBILIDADES	\$ 150,00	\$ 70,00	\$ 220,00
190220	PROTOCOLO 2	OBESIDAD GRADO I	\$ 230,00	\$ 100,00	\$ 330,00
190230	PROTOCOLO 3	OBESIDAD GRADO II	\$ 260,00	\$ 110,00	\$ 370,00
190240	PROTOCOLO 4	OBESIDAD GRADO II SIN RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL	\$ 260,00	\$ 110,00	\$ 370,00
CIRUGÍAS	PROTOCOLO 5	OBESIDAD GRADO II CON COMORBILIDADES SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y/O BALÓN INTRAGÁSTRICO	*****	*****	*****
190260	PROTOCOLO 6	OBESIDAD MÓRBIDA	\$ 260,00	\$ 110,00	\$ 370,00
CIRUGÍAS	PROTOCOLO 7	OBESIDAD MÓRBIDA SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL Y/O BALÓN INTRAGÁSTRICO	*****	*****	*****
190280	PROTOCOLO 8	OBESIDAD SECUNDARIA	\$ 150,00	\$ 70,00	\$ 220,00
190290	PROTOCOLO 9	PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA	\$ 210,00	\$ 90,00	\$ 300,00

0240/11