

CIRUGÍA BARIÁTRICA.

MANEJO DE RIESGOS

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

El crecimiento de la cirugía de la obesidad en la última década se ha visto acompañado en todo el mundo por un aumento de la litigiosidad por mala praxis vinculada a este campo emergente. Es por ello que los aspectos médico-legales y de administración de riesgos en este tipo de procedimientos reciben cada vez mayor atención (1) (2).

La Argentina no es ajena a esta tendencia mundial. El número de cirugías bariátricas en nuestro país crece a pasos agigantados y se especula que a partir de la sanción de la Ley Nacional 26.396 de trastornos alimentarios que incorpora este tipo de prácticas al Programa Médico Obligatorio (PMO), la demanda sea cada vez mayor. Demanda que a su vez tiene picos importantes cuando algún personaje público (Ej Diego Maradona), decide someterse a la intervención.

Obesidad Mórbida

La obesidad representa un problema de salud pública global, independientemente del nivel de desarrollo de los países, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha denominado "la epidemia del siglo XXI". (3) Según la misma organización, la obesidad es una enfermedad caracterizada por el aumento de la grasa corporal, que en la mayoría de los casos se acompaña de aumento de peso y cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Puede resultar confuso definir adecuadamente cuándo un cuadro corresponde a sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, etc. No obstante esto, el criterio más extendido suele utilizar al Índice de Masa Corporal (IMC), obtenido al dividir el peso del individuo por el cuadrado de su estatura. El IMC normal es menor a 25. Cifras entre 30 y 35 indican obesidad; índices entre 35 y 40 se consideran obesidad severa, y los que están por encima de 40 se evalúan como obesidad mórbida.

En la actualidad se calcula que quienes

padecen problemas de obesidad representan aproximadamente el 30% de la población mundial, mientras que aquellos con sobrepeso ocupan un 60%. El problema de la obesidad va mucho más allá de la estética. No caben dudas de que a partir de cierto grado, la obesidad constituye una de las patologías más serias, debido a la gran cantidad de complicaciones que acarrea durante su evolución. Esta enfermedad se relaciona directamente con patologías tales como la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, apnea del sueño y varios tipos de cánceres. La obesidad mórbida disminuye también la expectativa de vida. Estos pacientes tienen una mortalidad hasta 12,5 veces mayor que los no obesos (4) y las patologías asociadas a esta condición son la segunda causa de muerte después del tabaco. 300.000 norteamericanos mueren prematuramente cada año por complicaciones relacionadas con la obesidad y se estima que el 5% de la población estadounidense (10 millones de personas) padece obesidad mórbida (5). En Chile, según los datos de la Primera Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de la obesidad en adultos es del 27,3 % en mujeres y 19,2% en hombres, y las cifras de obesidad mórbida son de 2,3% en mujeres (8,4% de todas las obesas), y 0,2% en hombres (1% de todos los obesos).(6) En la Argentina, la prevalencia de obesidad en los estudios realizados en la última década oscila entre el 4,1 y el 11% (7). Se espera que la actual situación empeore: un gran porcentaje de los niños y adolescentes en muchos países tienen sobrepeso o son obesos (en los EE.UU el 25 de los niños)(5). En nuestro país, la cuarta parte de la población infanto-juvenil presenta exceso de peso. (7)

La obesidad también plantea problemas económicos: los costos directos de salud vinculados con la obesidad alcanzan al 5,7% del gasto total en los EE.UU. La obesidad le costaría a dicho país aproximadamente \$100 billones de dólares anuales (sumando los costos directos y la pérdida de productividad) (5). En España, el costo económico de la obesidad representa el 7% del gasto sanitario.(8)

Cirugía Bariátrica

Es conocido que con el tratamiento médico multidisciplinario conservador (dieta, actividad física, terapia conductual y fármacos) en los pacientes con obesidad mórbida sólo se consigue reducir el exceso de peso en no más del 10% de los casos. Con frecuencia, la pérdida de peso que se ha producido durante un período más o menos largo y con gran sacrificio por parte del paciente es recuperada en poco tiempo con gran facilidad y, en ocasiones, la ganancia de peso supera a la pérdida de peso inicial, con la consiguiente desesperación y desasosiego del paciente.

Estudios clínicos importantes demuestran la mayor efectividad del tratamiento quirúrgico comparado con el tratamiento médico en la obesidad mórbida. En el estudio sueco S.O.S (Swedish Obesity Study)- Sjostrom,1999-, (9) se comparó obesos mórbidos tratados quirúrgicamente con obesos tratados sin cirugía, observándose una reducción de peso significativamente mayor en el grupo operado (-28 +/- 15 kg vs. +0,5 +/- 8,9 kg), y una significativa menor incidencia de hipertensión arterial, diabetes, hiperinsulinemia y dislipemia a dos años.

La más importante revisión sistemática – Colquitt, 2004 - (10), se efectuó con el objetivo de evaluar los efectos de las distintas técnicas quirúrgicas sobre el peso corporal, las comorbilidades y la calidad de vida de los obesos mórbidos. En este análisis se revisaron 18 estudios, incluyendo estudios controlados randomizados y no randomizados que compararon el tratamiento quirúrgico con el tratamiento médico de la obesidad mórbida. En comparación con el tratamiento conservador, la cirugía produjo una mayor reducción de peso, con mejoría en las comorbilidades y en la calidad de vida de los pacientes. En promedio, los pacientes quirúrgicos pierden entre 23 y 28 kg más que con el tratamiento médico a dos años, y un estudio con 8 años de seguimiento - Torgerson 2001 - mostró una reducción

promedio de 21 kg, mientras que en el grupo control se observó un aumento de peso.(11)

En 1991, el National Institute of Health (NIH) de los EE.UU consideró a la cirugía como el procedimiento idóneo para el tratamiento de la obesidad mórbida, ya que los resultados obtenidos con las diferentes técnicas quirúrgicas superan a los riesgos de la intervención. (12)

Se han descrito una multitud de técnicas quirúrgicas para la obesidad (aprox. 30). En la actualidad, las técnicas más utilizadas son:

a) Técnicas Restrictivas: Son las que limitan los volúmenes de alimentos a ingerir en cada comida, disminuyendo la capacidad gástrica; el mejor ejemplo es la banda gástrica (ajustable o no)

b) Técnicas Mixtas (restrictivas-malabsortivas): son aquellas que combinan la disminución de la capacidad gástrica con la mala absorción producida por la reducción de la superficie de absorción intestinal; la técnica más difundida es el by pass gástrico. Sus efectos malabsortivos obligan a un riguroso control postoperatorio y al uso de suplementos nutricionales para evitar carencias de vitaminas y minerales.

Los estudios comparativos son consistentes en demostrar mejores resultados con el bypass gástrico, abierto o laparoscópico, que con técnicas restrictivas. Tanto la banda gástrica como el bypass gástrico pueden realizarse también por vía laparoscópica. Estos procedimientos requieren de un gran entrenamiento en cirugía abierta y experiencia en laparoscopia. Sólo debieran implementarse en algunos centros seleccionados y en el marco de protocolos establecidos.

Manejo de Riesgos. Recomendaciones

Muchas instituciones comienzan a desarrollar en nuestro país programas de cirugía bariátrica para cubrir la creciente demanda. Si bien los beneficios de estas técnicas están probados, se asocian a las mismas riesgos muy significativos no exentos de mortalidad (13) (14) (15). Se describen como complicaciones postoperatorias inmediatas a las que se producen dentro de los primeros 30 días de la cirugía. Estas pueden ser médicas (bronquitis, atelectasias, neumonías, infecciones urinarias, tromboembolismo pulmonar, infarto agudo de miocardio) o quirúrgicas (infección de herida operatoria, evisceración, colección intraabdominal, obstrucción intestinal, dehiscencia de sutura, peritonitis postoperatoria, sepsis).

Las complicaciones postoperatorias tardías se presentan después de los 30 días de la cirugía. Las de índole médico corresponden principalmente a carencias nutricionales por la disminución drástica de la ingesta, por mala absorción por asa larga de Roux del bypass o por omisión de una adecuada suplementación de nutrientes. Hasta el 70% de los pacientes con by pass pueden presentar déficit de vitaminas y minerales, pudiendo observarse alteraciones de piel y faneras (caída del cabello), anemia (hasta en un 60%) y osteoporosis. También pueden presentarse complicaciones funcionales, como el síndrome de dumping e hipoglucemia, por la llegada rápida de hidratos de carbono simples al intestino delgado. Entre las complicaciones quirúrgicas tardías se describen la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, la úlcera anastomótica y la hernia incisional.

Las instituciones que desarrollan programas de cirugía de la obesidad deben considerar y abordar estos riesgos si desean brindar este servicio en forma efectiva y segura. Desde el punto de vista de la prevención de riesgos médico-legales, la frecuencia y la magnitud de las complicaciones obligan a extremar las habituales medidas de prevención, principalmente en lo que respecta a la comunicación con el paciente y su familia y a la documentación.

Selección de pacientes

No todas las personas obesas o que se consideran con sobrepeso son candidatos para cirugía bariátrica. Estas intervenciones no se realizan por cosmética sino para prevenir las consecuencias patológicas de la obesidad mórbida.

Los criterios internacionalmente aceptados para indicar la cirugía bariátrica (OMS 1997; NIH 1991) se basan en el Índice de Masa Corporal (IMC) y en las comorbilidades, pero algunos aspectos, como la edad, generan controversias. Se consideran pacientes con indicación de cirugía bariátrica: (12)

- Fracaso del tratamiento médico multidisciplinario
- Pacientes con IMC > 40 kg/m²
- Pacientes con IMC entre 35 y 40 kg/m², con

patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones.

- Se recomienda para personas entre los 15 y los 65 años de edad.

La diferencia entre la cirugía bariátrica y muchas otras formas de cirugía radica en el hecho de que esta cirugía cambia la fisiología alterando los hábitos de los pacientes y en que no tiene una intención curativa, ya que se desconoce la etiología de la obesidad. Por ello, para obtener resultados satisfactorios a largo plazo se requiere una educación pre y postoperatoria del paciente mayor que en otros tipos de cirugía. El paciente debe conocer los riesgos y beneficios de la técnica que se va a realizar, aceptar el riesgo quirúrgico y comprometerse a cambiar de estilo de vida y a un seguimiento a largo plazo.

Las contraindicaciones para la cirugía bariátrica con frecuencia son menos tenidas en cuenta que las indicaciones, lo que puede redundar en malos resultados y eventualmente en juicios por responsabilidad profesional. Entre las mismas se mencionan (8):

- Alteraciones psiquiátricas: psicóticos, alteraciones de la personalidad y del comportamiento alimentario, depresiones graves no tratadas y tendencias suicidas.
- Patología suprarrenal o tiroidea que pueda ser causante de la enfermedad
- Incontrolada adicción al alcohol o drogas
- Expectativas poco realistas de los resultados de la intervención
- Predicción de que el paciente no cumplirá con los requerimientos de suplementos de vitaminas y minerales, o que no seguirá un riguroso control en el seguimiento.
- El reflujo gastroesofágico y las alteraciones motoras del esófago son contraindicaciones para la realización de procedimientos restrictivos
- Oposición importante de la familia a la intervención (la oposición de la familia a la cirugía es común, debido habitualmente a un desconocimiento de la enfermedad de la obesidad mórbida, de sus consecuencias y comorbilidades asociadas y de los buenos resultados que se pueden obtener con estas técnicas)

El adecuado estudio de los pacientes para garantizar una selección apropiada es una responsabilidad crítica del cirujano y del equipo médico multidisciplinario.

Acreditación de los profesionales

Como con cualquier programa o servicio relativamente nuevo, todos los profesionales que intervienen en la atención del paciente deberán acreditar el suficiente entrenamiento en el manejo del paciente obeso.

En el caso de los cirujanos, deberán acreditar no sólo su formación en esta técnica quirúrgica (experiencia como cirujano digestivo, antecedentes curriculares, cursos, congresos, jornadas y otras actividades científicas), sino que también deberán demostrar su capacidad en el manejo pre y postoperatorio de estos pacientes.

¿Cuántas cirugías de este tipo se requieren para demostrar experiencia?. En la Argentina no hay estándares establecidos, pero las guías para acreditar a cirujanos bariátricos en los EE.UU (American Society for Metabolic and Bariatric Surgery) nos pueden dar una idea del alto nivel de capacitación que se requiere de estos cirujanos: (16)

Para ser “autorizados” (obtención de “privileges” en los EE.UU) a realizar cirugías bariátricas abiertas los cirujanos deberán acreditar una experiencia quirúrgica mínima de 15 procedimientos bariátricos abiertos (o bien gastrectomías subtotales con reconstrucción) con resultados satisfactorios ya sea durante su residencia en cirugía general o bien durante un entrenamiento post-residencia y supervisados por un cirujano bariátrico experimentado. (La misma sociedad considera “experimentado” a un cirujano cuando acredita al menos 200 cirugías bariátricas). Para obtener la “autorización” para realizar cirugías bariátricas laparoscópicas, deberán haber sido autorizados primero a realizar procedimientos abiertos y demostrar más de 50 cirugías laparoscópicas generales.

Si bien en nuestro país puede ser difícil demostrar esta experiencia, lo concreto es que las instituciones que se embarcan en este tipo de procedimiento deben ser muy meticulosas en el proceso de acreditación de sus cirujanos bariátricos. La documentación de la especialización de estos profesionales debe incorporarse a sus legajos.

No sólo los cirujanos deben estar entrenados en cirugía bariátrica. La necesidad de recursos humanos se extiende (aparte de los profesionales mencionados en el equipo multidisciplinario) a:

- Personal de recuperación anestésica experimentado en el soporte ventilatorio y respiratorio de los pacientes.

- Enfermeras/os de piso experimentados en atención respiratoria, en el manejo de sondas nasogástricas y drenajes abdominales, accesos venosos en obesos movilización y deambulación del obeso mórbido, con conocimiento de las complicaciones perioperatorias y capacidad para reconocer problemas cardíacos, diabéticos o vasculares.

- Disponibilidad de especialistas en cardiología, neumonología, rehabilitación y psiquiatría.

La evaluación preanestésica

La evaluación preanestésica en la cirugía bariátrica adquiere una relevancia particular, ya que los obesos mórbidos desaturan oxígeno más rápidamente que los no obesos. La ventilación con ambú también es más dificultosa por la reducción del compliance pulmonar y por la mayor resistencia a la entrada de aire. El riesgo de aspiración en estos pacientes es mayor debido al mayor volumen del contenido gástrico y por la alta presión intraabdominal, con mayor incidencia de reflujo gastroesofágico.

La obesidad mórbida aumenta también el riesgo de la intubación, dificultando la visión del anesthesiólogo de las estructuras laríngeas. En un estudio australiano sobre 85 intubaciones dificultosas, la obesidad, la movilidad cervical disminuida y la escasa apertura bucal representaron dos tercios de todos los factores contribuyentes a la dificultad (17). Los obesos mórbidos generalmente tienen cuellos cortos y esta combinación se correlaciona fuertemente con problemas en la intubación (18).

Es por ello que antes del procedimiento los anestesistas deben adelantar esta dificultad estableciendo el grado de Mallampati, la movilidad cervical, la distancia tiro-mentoniana, etc. Esta evaluación deberá constar claramente en la historia clínica. Ante una intubación dificultosa, el anesthesiólogo debería poder contar con otro especialista disponible para que lo ayude y con el instrumental necesario para sobrellevar estas situaciones (máscara laríngea o combitube).

La evaluación psicológica

Los programas de cirugía bariátrica deben contar con la evaluación psicológica del candidato con el fin de valorar los siguientes aspectos: (19)

a) Los hábitos de alimentación:

La evaluación de los mismos es muy importante debido a que en función de éstos la técnica quirúrgica puede variar. Así es importante determinar si el paciente pica frecuentemente, o si más bien ingiere grandes cantidades a las horas de las comidas, o tal vez ingiere demasiados dulces. En función de los hábitos de alimentación unas técnicas se mostrarán más eficaces que otras y habrá que valorar si se interviene con técnicas más restrictivas o más malabsortivas. Esta decisión debería tomarse en forma colegiada dentro del equipo multidisciplinario. Además de los registros y de la entrevista sobre los hábitos de alimentación y sobre los posibles trastornos de la conducta alimentaria, existen instrumentos que ayudan a los psicólogos a valorar la intensidad y el tipo de problema alimentarios. Entre los tests mencionados se encuentran el BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh), que proporciona información sobre síntomas relacionados con la bulimia nerviosa (atracones, vómitos y otras formas inadecuadas de perder peso) y sobre la gravedad de estos síntomas, El Cuestionario de Trastornos Alimentarios (EDI) y el BSQ que valora la satisfacción con la propia imagen corporal.

b) La capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía

Luego de explicarle en forma sencilla al paciente en qué consiste la intervención y cómo tendrá que comer luego de la misma, en entrevistas posteriores se le pregunta sobre esta información que se aportó y se valora el grado de comprensión adquirido. Se suelen realizar también evaluaciones del cociente intelectual y la valoración de la capacidad del sujeto para comprender la información escrita en el consentimiento informado.

c) La existencia de trastornos mentales que pudieran contraindicar la cirugía

Instalaciones y equipamiento

La mayoría del equipamiento médico estándar

no está diseñado para este tipo de pacientes. El simple hecho de trasladar un paciente con obesidad mórbida de un lugar a otro suele representar una dificultad. Las instituciones que desarrollen este tipo de programas deberán disponer de: (5)

- Camas, camillas, sillas de ruedas y mesas quirúrgicas especiales que se adapten a las necesidades especiales de los obesos mórbidos.

- Equipamiento de radiología especial, adecuados a este tipo de pacientes. La imagenología del paciente obeso siempre representa un desafío. Las radiografías estándar pueden no visualizar la totalidad de la parte del cuerpo a estudiar, requiriendo que se tomen múltiples incidencias de tipo panorámico. Los tomógrafos y resonadores convencionales también suelen tener un límite en el peso tolerado y las imágenes de ecografía son en general muy difíciles de interpretar en la obesidad mórbida.

- Cajas de cirugía con retractores adecuados a este tipo de procedimientos, con instrumental quirúrgico de adecuada longitud e instrumentos de sutura mecánica especialmente diseñados.

- Mesa de anestesia preparada para la alta complejidad, con equipos, monitores y drogas de última generación. El anestesiólogo deberá contar con máscara laríngea o combitube en la previsión de una intubación dificultosa.

- Recuperación anestésica en condiciones de brindar atención crítica al paciente obeso

- Unidad de terapia intensiva

Consentimiento Informado

La cirugía bariátrica es un procedimiento complejo con riesgos significativos. Si bien muchos pacientes evolucionan favorablemente, no todas las cirugías son exitosas. El procedimiento requiere un gran compromiso por parte del paciente, el cual debe mantenerse toda su vida. Resulta imperativo que los candidatos a cirugía bariátrica comprendan la naturaleza del tratamiento propuesto, sus beneficios, riesgos y alternativas como así también las evoluciones esperadas y los cambios de estilo de vida determinados por el procedimiento.

Igualmente el paciente debe conocer sobre la necesidad de dietoterapia y de un plan de actividad física regular en el postoperatorio y comprometerse a realizar los controles periódicos y las indicaciones para obtener un resultado perdurable y seguro. Las mujeres deben ser advertidas de la necesidad del uso de anticoncepción durante el primer año, considerando la restricción de la ingesta y una disminución de la biodisponibilidad de nutrientes para el feto durante dicho período.

Esta información es vital para que los pacientes puedan tomar una decisión acerca de cuál es el procedimiento más adecuado a su situación. Las instituciones y los profesionales pueden utilizar una gran variedad de materiales educativos para brindarle al paciente esta información. El documento del consentimiento informado deberá ser específico para cada tipo de cirugía. El mismo debe ser explicado personalmente por el cirujano y por los otros miembros del equipo y se le debe brindar al paciente el tiempo necesario como para que medite la decisión. Los psicólogos a su vez deben documentar la capacidad del paciente para comprender la información volcada en el formulario.

Además del consentimiento informado, debería documentarse cualquier entrega de material educativo y lo conversado con el paciente y con la familia.

Por otra parte, las instituciones deben ser muy cuidadosas cuando promocionan o publicitan sus programas de cirugía bariátrica. Si las campañas no están diseñadas cuidadosamente, pueden generar en los pacientes expectativas poco realistas acerca de la cirugía y de sus tasas de éxito.

Historia Clínica

La confección de la historia clínica en este tipo de pacientes también representa un desafío, ya que debe marcar una continuidad entre la evaluación preoperatoria, la cirugía y el seguimiento postoperatorio a corto, mediano y largo plazo. Idealmente todo el tratamiento de la obesidad debería constar de una historia clínica única con un formato especial en donde se registren, entre otros datos:

- La evaluación nutricional preoperatoria: evaluación antropométrica mínima (peso, talla IMC). La tipificación de la conducta alimentaria.

- Antecedentes de tratamientos previos

- Examen físico general y registro de

- comorbilidades (constatar las patologías asociadas que apoyan la indicación de cirugía bariátrica; pesquisar patologías que puedan contraindicar la cirugía o aumentar su riesgo)

- Objetivos terapéuticos generales y específicos

- Evaluación socioeconómica (con el objetivo de verificar si las condiciones sociales, familiares y laborales favorecen un adecuado cuidado y cumplimiento de las indicaciones en el período postoperatorio.)

- Evaluación psicológica o psiquiátrica

- Exámenes complementarios

- Consentimiento Informado

- Evaluación preanestésica y de riesgo quirúrgico

- Parte quirúrgico detallado

- Gráfico de descenso de peso bariátrico

- Controles postoperatorios (de la baja de peso, de las comorbilidades preexistentes, de las eventuales complicaciones postquirúrgicas, de la dieta postoperatoria y de suplementación nutricional.

- Actividad y ejercicio físico

Palabras Finales

Hay coincidencia generalizada en que las dos herramientas fundamentales para evitar juicios y condenas por responsabilidad profesional son la comunicación y la documentación.

Luego de lo expuesto, resulta evidente que la cirugía de la obesidad pone a prueba la capacidad de comunicación de todos los profesionales que intervienen (entre sí y con el paciente y sus familias) y que se requiere una documentación muy meticulosa y especial si se pretende defender con éxito cualquier reclamo por daños originados por este tipo de procedimientos.

Prevención del Riesgo Médico-Legal en Cirugía Bariátrica
Resumen de Recomendaciones para Profesionales e Instituciones

Documente los fracasos de los tratamientos anteriores

Acredite adecuadamente a los cirujanos. Incorpore sus antecedentes en este tipo de procedimientos a sus legajos. Defina la conformación del equipo multidisciplinario

Documente claramente los criterios sobre los que se basa la indicación de la cirugía y del tipo de procedimiento.

Documente comorbilidades

Refleje en la historia clínica el descarte de contraindicaciones absolutas y el eventual manejo de las contraindicaciones relativas

Documente claramente la evaluación psicológica y nutricional

Desarrolle un adecuado proceso de consentimiento informado, con formularios especialmente diseñados. Aliente la discusión con el paciente y su familia y brinde el tiempo suficiente para la toma de decisión.

Documente minuciosamente la evaluación preanestésica, con especial énfasis en el riesgo de intubación difícil.

Describa con detalle la técnica en el parte quirúrgico

Disponga de instalaciones, equipos y personal adecuados para el manejo del obeso mórbido

Documente claramente las indicaciones y el seguimiento postoperatorio

Documente claramente las faltas de cumplimiento por parte del paciente

Bibliografía

1. Eagan MC. Bariatric Surgery: malpractice risks and risk management guidelines. *Am Surg* 2005 May; 71(5):369-75
2. Kaufman AS; McNelis J. et al. Bariatric surgery claims-a medico-legal perspective. *Obes Surg*. 2006 Dec; 16(12):1555-8
3. WHO. Obesity. Preventing and management of the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1997
4. Drenick EJ; Bale GS et al. Excessive mortality and causes of death in morbidity obese men. *JAMA* 1980; 243: 443-445
5. American College of Surgeons. Statement 34. Recommendations for facilities performing bariatric surgery. *Bulletin of the American College of Surgeons*. Vol 85, N° 9, September 2000
6. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Norma de Manejo Quirúrgico del Paciente Obeso. Agosto 2004
7. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Consenso sobre factores de riesgo en enfermedad cardiovascular en pediatría. *Obesidad Arch.argent.pediatr* 2005; 103(3) 262-280
8. Luján JA; Parrilla P. Selección del paciente candidato a cirugía bariátrica y preparación preoperatoria. *Cir Esp* 2004; 75(5):232-5
9. Sjöström CD, Lissner L. et al. Reduction in incidence of diabetes, hypertension, and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obes Res* 1999; 7 (5) 477-484
10. Colquitt J; Clegg A. et al. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1 2004; Oxford.
11. Torgerson JS; Sjöström L. The Swedish Obese Subjects (SOS) Study. Rationale and results. *Int J Obes* 2001; 25 (Suppl 1): S2-S4
12. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Ann Intern Med* 1991; 115: 956-961
13. Brolin RE. Gastric bypass. *Surg Clin N Am* 2001. 81:1077-1095
14. Byrne TK Complications of surgery for obesity. *Surg Clin N Am* 2001 81: 1181-1193
15. Kushner R. Managing the obese patient after bariatric surgery: a case report of severe malnutrition and review of the literature. *JPEN* 2000; 24: 126-132
16. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Guidelines for granting privileges in bariatric surgery. *Obes Surg* 2003; 13: 238-240
17. Williamson JA; Webb RK et al The Australian Incident Monitoring Study. Difficult Intubation: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care*. 1993; 21: 602-7
18. Rocke DA; Murray WB Relative risk analysis of factors associated with difficult intubation in obstetric anesthesia. *Anesthesiology* 1992; 77: 67-73
19. Pérez Hornero J; Gastañaduy Tilve MJ. Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del psicólogo*. N° 90 Abril 2005