

PACIENTES BARIÁTRICOS ¿ESTÁ SU INSTITUCIÓN PREPARADA?

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

Las instituciones de salud deben estar preparadas para atender las necesidades especiales de los pacientes obesos. Su falta de previsión puede llevar no sólo a la insatisfacción de los mismos, sino también, y peor aún, a daños evitables. Daños que pueden afectar no sólo a estos pacientes sino también al personal si, por ejemplo, este no dispone del equipamiento necesario o carece del entrenamiento que se requiere para manejar personas con obesidad mórbida.

Dada la prevalencia de la obesidad hoy en día, las instituciones de salud y sus prestadores deberían prever la atención cada vez más frecuente a pacientes obesos. De acuerdo al Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC), uno de cada tres adultos norteamericanos es obeso. (1) La Argentina no le va en zaga: según un informe de la OMS, el 60% de los argentinos tiene sobrepeso, y la prevalencia de obesidad pasó del 14,6% registrado en 2005 al 18% en 2009 y 20,8% en 2013, lo que implica un aumento del 42,5%. Y los números siguen en aumento.(2) Según FUNCEA (Fundación para la Concientización y Educación Alimentaria), entre 800 mil y 1,2 millones de personas de nuestro país padecerían de obesidad mórbida (definida por un índice de masa corporal- IMC- igual o mayor a 40) (3)

Los pacientes más grandes y pesados requieren de equipamiento, suministros y habitaciones especialmente diseñadas para adaptarse a su tamaño, así como también de personal sanitario que sepa y pueda responder a sus particulares necesidades clínicas y de movilidad. Algunos estudios sugieren que a menudo los pacientes obesos reciben un cuidado sub-óptimo porque el staff asistencial no está familiarizado con la problemática que rodea su atención. Algunos prestadores suman a esto actitudes críticas y de poca

tolerancia, lo que termina interfiriendo con los cuidados que estos pacientes necesitan.

Muchas de las intervenciones que son consideradas de rutina para la mayoría de las personas hospitalizadas, plantean desafíos particulares en los pacientes obesos, incluyendo los siguientes: (4)

- Movilización y transporte
- Examen físico
- Imágenes diagnósticas
- Atención de enfermería
- Manejo de la vía aérea
- Accesos venosos
- Dosificación de la medicación

La obesidad también aumenta el riesgo de que la persona padezca condiciones médicas severas, incluyendo diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, hipertensión severa y accidentes cerebro-vasculares.

Si bien el foco actual sobre esta problemática está puesto sobre el crecimiento de los programas de cirugía bariátrica, las preocupaciones por la salud y el bienestar de los obesos van mucho más allá de los programas de pérdida de peso. Se debe prestar una considerable atención a las necesidades de estos pacientes en la continuidad de cuidados, se encuentren los mismos en la guardia de emergencias, en quirófano, en terapia intensiva, en atención ambulatoria o en internación domiciliaria.

Este artículo analiza brevemente algunas de las lecciones aprendidas a partir de eventos adversos originados en la atención de pacientes obesos. Estos incidentes subrayan la importancia de abordar sus necesidades específicas de en las siguientes áreas:

- Construcción y diseño de la habitación
- Equipamiento y suministros especiales
- Manejo clínico
- Movilización y transporte
- Entrenamiento del personal

Este artículo se focaliza en las necesidades especiales de los pacientes con obesidad severa. No aborda los temas específicos de gestión de riesgos de los programas de cirugía bariátrica. Para profundizar en este último tema, puede consultar en nuestra biblioteca virtual "Cirugía Bariátrica. Manejo de Riesgos".

Definiciones

El indicador más utilizado para evaluar los riesgos de salud relacionados con la obesidad es el índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad
- Un IMC igual o superior a 40 determina obesidad extrema o mórbida.

Este artículo utiliza el término "paciente bariátrico" para referirse de manera más genérica a todos los pacientes obesos y obesos extremos. La bariatría es la rama de la medicina que se ocupa de las causas, prevención y tratamiento de la obesidad

Las organizaciones de salud necesitan definir a quién considerarán como "paciente bariátrico" se encuentre o no la persona en plan de cirugía de la obesidad. El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de los Estados Unidos, por ejemplo, define al paciente bariátrico como "cualquier persona que tiene limitaciones en su atención debido a su tamaño, falta de movilidad y problemas ambientales de acceso." (5) Otro ejemplo es el de un hospital de California, que ha desarrollado un proceso para identificar las necesidades de pacientes bariátricos programados para cirugías electivas (además de las cirugías propias de la

obesidad). Focalizan su estrategia en pacientes con un IMC igual o mayor a 35. (6)

Demanda de servicios bariátricos

Es de esperar que la Argentina, con una de las tasas de obesidad más altas del continente, siga la tendencia de países como los Estados Unidos. En dicho país, la demanda de servicios especialmente adaptados para pacientes con obesidad extrema viene creciendo a medida que se agudiza el problema de salud pública. Al año 2008, se estimaba que el 38% de los norteamericanos adultos de más de 20 años eran obesos, y que el 5,7% eran obesos mórbidos. El porcentaje de estos últimos casi se duplicó respecto a la década anterior que resultó del 2,9% de la población adulta. (7)

Las hospitalizaciones de pacientes con diagnóstico principal o secundario de obesidad también están aumentando, de acuerdo a datos de la agencia federal de calidad médica norteamericana AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). En un estudio de costos y utilización estimó que el 9% de las estadías hospitalarias involucraban el diagnóstico de obesidad (generalmente como diagnóstico secundario), comparado con un 6% en 2004 y un 3% en 1996. (8)

Ante el aumento de las tasas de obesidad en los Estados Unidos, los primeros hospitales en reconocer las necesidades especiales de los obesos mórbidos fueron aquellos que ofrecían programas de cirugía bariátrica. Cuando comenzaron a popularizarse estas cirugías, distintos grupos profesionales, como el American College of Surgery, elaboraron guías y recomendaciones acerca del personal, equipamiento y diseño que necesitaban sus programas. (9) Sin embargo, las encuestas realizadas por el Instituto ECRI, especializado - entre otras cosas- en evaluación de tecnologías sanitarias, demuestran un pobre desempeño de estos programas en 10 áreas específicas. Entre las áreas con peor rendimiento se encuentran la disponibilidad rápida de los equipos necesarios y las prácticas de seguridad del paciente. Debe destacarse que la encuesta de ECRI está dirigida a más de 25 instituciones con programas de cirugía bariátrica y que responden más de 60.000 personas. Los investigadores de dicha organización sospechan que si cuesta cumplir con los estándares mínimos en instituciones donde se realizan regularmente cirugías de la obesidad, poco puede

pedírseles a hospitales o centros de salud que no cuentan con un servicio de cirugía bariátrica.(10)

Eventos adversos en pacientes pediátricos

La atención de los pacientes bariátricos plantea desafíos especiales, como la mayor probabilidad de úlceras por presión o de daños a la piel, una vía aérea dificultosa, mayor riesgo de trombosis venosas profundas y la necesidad de personal adicional para asistir con su movilización y transporte. Un análisis de incidentes de seguridad relacionados con la atención de pacientes obesos realizado por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido, (NPSA, por sus siglas en inglés) encontró que los eventos adversos más graves con estos pacientes (muertes y lesiones), estuvieron originados en el manejo de la vía aérea y la ventilación durante anestias generales. La mayoría de los incidentes, sin embargo, no ocasionaron mayores daños.(11)

El análisis de la agencia británica se limitó a incidentes ocurridos en anestesia, terapia intensiva y cirugía entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de agosto del 2008. De los 338 eventos identificados para el análisis, el mayor porcentaje, 55% (n=213) estuvo vinculado con la infraestructura física de las instalaciones y temas vinculados al equipamiento. El 38 % (n=148) de los incidentes se originó durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente, y el 7% (n=27) se relacionó con lesiones ocasionadas por falta de personal. (11)

El Instituto ECRI de los Estados Unidos es también una de las Organizaciones de Seguridad del Paciente (PSO, por sus siglas en inglés) reconocidas bajo una ley especial de mejora de calidad y seguridad de los pacientes del año 2005 (Patient Safety and Quality Improvement Act). Bajo esta ley, estas organizaciones pueden recolectar datos de eventos adversos de distintas instituciones de salud y brindar su análisis y recomendaciones en un marco de protección legal. Los eventos reportados a ECRI y otros programas de notificación externa destacan los desafíos que plantea la atención de pacientes bariátricos cuando el personal no tiene acceso a los recursos o el equipamiento necesario y cuando no está suficientemente entrenado en el manejo de estos pacientes. Entre los problemas

notificados, mencionamos a modo de ejemplo los siguientes:

- Inadecuada preparación de las unidades de internación clínica; falta del equipamiento y de protocolos adecuados para el manejo de pacientes obesos.
- Retraso para obtener el equipamiento bariátrico de manera oportuna (en el caso de que la institución alquile al equipamiento bariátrico según necesidad)
- Problemas con el equipamiento y mobiliarios, como tapas de inodoros y andadores cuando estos ítems no están diseñados para soportar el peso del paciente.
- Imposibilidad para realizar estudios de imágenes porque el paciente bariátrico no entra en la camilla del tomógrafo o del resonador o porque excede el límite de peso permitido por el aparato.
- Dificultad para precisar el peso exacto de paciente porque la institución no cuenta con balanzas especiales para pesos muy altos.
- Errores en la dosificación de medicamentos en base al peso (cuando no se puede precisar el mismo con exactitud)
- Accidentes durante el transporte de los pacientes y lesiones a los mismos o al personal cuando dicho transporte no contó con el número de auxiliares que hubiera requerido la movilización de un obeso mórbido.
- Insuficiente espacio en la habitación y puertas angostas que impiden el ingreso o la salida del equipamiento (ej camas más anchas). Limitaciones de espacio que interfirieron con la capacidad del prestador para brindar una atención de rutina o de emergencia.
- Dificultades en el manejo de la vía aérea de obesos extremos, en parte porque el médico tiene obstruida la visión de la laringe.

- Retraso en el diagnóstico y tratamiento de pacientes bariátricos, cuando la institución no se encuentra preparada para gestionar sus necesidades especiales o cuando el paciente obeso difiere su atención por experiencias previas de actitudes negativas hacia ellos por parte del personal.

Si bien el estudio de incidentes de seguridad del paciente en pacientes obesos de NPSA encontró que la mayoría de estos eventos no redundaron en daños, se encuentran descritos varios casos graves, incluyendo eventos fatales que podrían haber sido prevenidos. Uno de estos eventos mortales se encuentra resumido en la publicación online de AHRQ, *Web M&M* (4) Una mujer obesa mórbida estaba siendo atendida en un centro médico por dolor abdominal difuso, vómitos y fiebre. Se le solicitaron imágenes abdominales, pero la paciente no cabía, por su tamaño, ni en el tomógrafo ni en el resonador. Continuó siendo controlada y se le dieron opiáceos para calmarle el dolor. Su condición se deterioró y los médicos encontraron lo que parecía ser una infección de partes blandas bajo un pliegue de su piel abdominal. Fue llevada a quirófano y, durante la exploración quirúrgica, el cirujano encontró una fístula que se había desarrollado a partir de una perforación de colon. Luego de varios meses de atención crítica, la paciente finalmente falleció por falla multiorgánica. Su condición pudo haber sido detectada mucho antes si se hubieran dispuesto las medidas para garantizar la realización de los estudios necesarios, tal vez en otro centro con tomógrafos y resonadores que admitieran este tipo de pacientes.

Reclamos y Juicios

Como suele suceder con cualquier incidente desafortunado, los eventos adversos experimentados por los pacientes bariátricos pueden derivar en reclamos y juicios por responsabilidad profesional. Tal lo sucedido, por ejemplo, cuando un hospital de Minesota debió indemnizar en 2011 a los familiares de un paciente obeso que falleció luego de caerse de la mesa de operaciones antes de empezar el procedimiento. La indemnización establecida por el jurado fue de 225 mil dólares. (12)

Los miembros de la familia alegaron que cuando el paciente roló y se cayó, golpeó con el costado de su

cabeza donde tenía una craniectomía previa a causa de una cirugía realizada para aliviar la hipertensión endocraneana producida por un ACV. En su demanda, destacaron que el hospital nunca dio explicaciones acerca de las razones de la caída y que carecía del equipamiento necesario para atender a un paciente de 150 kg (ej: mesa de operaciones más ancha, o soportes y bretes adecuados). Luego de la caída, el personal trató al paciente por un “sangrado agudo significativo”. El paciente se deterioró neurológicamente y entró en coma. Falleció luego de que, ante la irreversibilidad del cuadro, le retiraran el soporte vital. En su defensa, el hospital alegó que la muerte había sido ocasionada por un segundo ACV, pero el juez desestimó este argumento y, consideró que había existido negligencia y responsabilidad del hospital en la caída.

En una revisión de 287 demandas vinculadas con pacientes obesos interpuestas entre 1997 y 2002, The Doctors’s Company, una de las principales aseguradoras de médicos de los Estados Unidos, identificaron como causas de los litigios a las siguientes causas: (13)

- Dificultades respiratorias (11%)
- Paros cardíacos (7%)
- Complicaciones anestésicas (6%)
- Eventos adversos obstétricos (6%)
- Problemas vinculados a la posición y caídas (5%)
- Daños dentales a consecuencia de intubaciones o extubaciones dificultosas
- Oblitos, con necesidad de una segunda intervención (2%)

Evalúe las prácticas actuales

El principal mensaje que surge de los reportes de incidentes, reclamos y demandas judiciales que involucran a pacientes bariátricos es la necesidad de evaluación, por parte de las instituciones de salud, de su capacidad de adaptación ante las necesidades especiales que les plantean estos pacientes. Un primer paso en ese sentido estaría dado por la conformación de un comité multidisciplinario con varias áreas representadas, incluyendo enfermería, medicina, gestión de riesgos, ingenieros biomédicos, mantenimiento y administración.

Este grupo de personas debería evaluar cómo está abordando la institución la problemática del paciente obeso, considerando los siguientes aspectos:

- Diseño de las instalaciones y capacidad de acomodar a pacientes bariátricos.
- Equipamiento y suministros disponibles para pacientes bariátricos.
- Capacitación y entrenamiento del personal en aspectos tales como la movilización y transporte de estos pacientes y sus necesidades especiales de atención, manteniendo una actitud de servicio positiva.
- Medidas para garantizar la seguridad del paciente y del personal que lo atiende.

Esta evaluación debería incluir todos los ámbitos en los cuales el paciente obeso recibe atención, incluyendo por ejemplo los consultorios externos y los centros de tercer nivel.

Adicionalmente, el comité también puede realizar un AMFE (Análisis de Modos de Falla y Efectos) para revisar en profundidad alguno de los procesos que se están llevando a cabo en la atención de estos pacientes (ej; movilización y transporte). Podrán así identificar oportunidades de mejora. Para información adicional acerca de esta herramienta, puede consultar el artículo “Estrategias para el Análisis de Modos de Falla y Efectos” en nuestra biblioteca virtual.

El grupo de análisis también podría evaluar la tasa de obesidad mórbida de su zona o región para tratar de estimar la proporción de pacientes de estas características que deberá atender. Para poder hacerlo, debe poder contarse –como en los EE.UU- de información estadística confiable de los distintos municipios y estados. Esta información puede ser utilizada para proyectar las instalaciones, los equipos y el recurso humano que se necesitará para atender a estos pacientes. Como parte de su análisis de datos, el comité debería revisar también los reportes de eventos que involucraron a pacientes bariátricos y las denuncias de lesiones ocasionadas al personal a consecuencia de su manejo.

Recomendaciones de diseño

Cuando se considera renovar las instalaciones o construir nuevas áreas, resulta vital tener en mente los requerimientos de los pacientes bariátricos. Más que enfocarse en departamentos o servicios específicos, las instituciones deberían planificar para la continuidad de la atención de este tipo de pacientes abordando las siguientes áreas: acceso al hospital, ascensores, habitaciones, baños, depósito de equipos y posibilidad de entrar o salir a través de las puertas. Existen en los Estados Unidos guías especiales para ayudar a las organizaciones a diseñar instalaciones que se adapten a los pacientes bariátricos. Una de las más difundidas es la desarrollada por el Facility Guidelines Institute (FGI), organización independiente sin fines de lucro dedicada al desarrollo de guías para la planificación, diseño y construcción de hospitales y centros de salud.

No deja de sorprender que el Título III de ley de discapacidad norteamericana (ADA -Americans with Disabilities Act-), la cual requiere que las organizaciones de salud garanticen que sus instalaciones sean accesibles para pacientes con discapacidades, no considere a la obesidad como una discapacidad, si bien algunas leyes locales y estatales sí lo hacen, No obstante ello, algunas personas obesas pueden tener otros desórdenes fisiológicos, condiciones o impedimentos que podrían cumplir con la definición de discapacidad bajo el Título III del ADA. Por ejemplo, si un individuo debe utilizar un escúter para sobreponerse a su dificultad para caminar, la discapacidad física que lo lleva a utilizar este dispositivo entraría dentro de la definición de discapacidad de la ley ADA, pero no basándose en su tamaño ni peso solamente.

Acceso al hospital

El desafío inicial para el paciente con obesidad mórbida puede ser simplemente su ingreso al edificio. ¿Hay estacionamientos cercanos? ¿Cuentan las entradas con barandas y rampas? ¿Tienen las áreas comunes (sala de espera, recepción, etc) espacio y sillas para acomodar a los pacientes obesos y sus acompañantes? ¿Son las entradas de la guardia de emergencia lo suficientemente anchas como para permitir el ingreso de camillas especiales de bariátrica? Algunas guías de diseño y construcción de instituciones de salud, como las publicadas por FGI (Facility Guidelines Institute), recomiendan que las puertas de ingreso a la guardia de

emergencias tengan un ancho no menor a 6 pies (1,80 metros)

Cruzando las puertas

El ancho común de las puertas suele ser insuficiente para los obesos mórbidos y transformar en inaccesibles áreas como baños o salas de examen. El problema es aún mayor si el paciente es trasladado en camillas, camas o sillas de ruedas bariátricas, cuyos tamaños son más grandes que el estándar. Otro factor a considerar es que el transporte requiere al menos de dos o más personas auxiliares, las cuales a su vez pueden trasladar junto con el paciente equipos tales como cardiodesfibriladores portátiles y monitores, que también deben atravesar los umbrales. Las guías FGI recomiendan un ancho mínimo de 3,8 pies (1,15 metros) en todo el hospital y, según una recomendación del 2014 de 4,6 pies (1,40 metros) en las áreas de atención bariátrica, en caso de contar con un servicio especial.

Ascensores

Los ascensores también requieren una atención especial. Las dimensiones mínimas sugeridas por las guías FGI son de 1,76 metros de ancho (5,8 pies) por 2,74 metros de profundidad (9 pies). Dado el peso total del paciente, de la cama, del equipamiento y del personal de transporte, algunos ascensores pueden no tener la suficiente capacidad, requiriéndose al menos de uno que tenga la posibilidad de soportar estos pesos. En el caso de que sólo algunos de los ascensores tengan estas características, se deberá preseleccionar la ruta que seguirán estos pacientes.

Espacio en las habitaciones

Las habitaciones requieren del espacio suficiente como para permitir a los prestadores maniobrar de manera fácil y segura cuando asisten al paciente. En algún momento dado, puede ser necesario convocar a varios miembros del personal (tanto como seis personas) para poder ayudar al paciente, y estas personas deben caber en la habitación. Todas las movilizaciones que involucran camas, sillas, ayudas para orinar en la cama, camillas o asistencia para deambular requieren de ayuda manual. La forma de brindar esta ayuda dependerá de la capacidad de colaboración del paciente. Algunos obesos mórbidos no son capaces de

soportar su peso y requieren de una asistencia total para movilizarse, necesitándose tres o más personas para pasarlo, por ejemplo, de la cama a una silla.

También se necesitará espacio para equipamiento y muebles especiales. Además del espacio que requieren las camas bariátricas especiales, deberá existir espacio extra para las grúas portátiles, sillas de ruedas bariátricas, cómodas portátiles especiales para estos pacientes, y camas para los familiares (que también suelen ser más grandes). La utilización de algunas posiciones con grúas de movilización fijas montadas en el techo puede aliviar en parte el problema del espacio requerido para pacientes con obesidad extrema.

Las guías FGI recomiendan que las habitaciones especialmente pensadas para la atención bariátrica sean individuales y tengan un área de piso libre de al menos 200 pies cuadrados (60 metros²) para las nuevas construcciones y de 150 pies cuadrados (45,7 metros²) para las áreas renovadas.

Dentro de las otras habitaciones y áreas de atención que deberían ser capaces de albergar a los pacientes bariátricos se incluyen las siguientes:

- Salas de operaciones
- Boxes y salas de diagnóstico por imágenes
- Consultorios externos
- Terapias intensivas
- Otras áreas donde el paciente interactúa (ej: caja, departamento de kinesiología, etc)

Baños

El diseño de los baños también representa un desafío y suelen requerirse muchos cambios para acomodar a los pacientes bariátricos. Las duchas, sanitarios y lavatorios deberían disponer del espacio suficiente que permita no sólo que el paciente se movilice sin restricciones sino también que admita al personal que debe asistirlo para higienizarse. Cuando se diseñan baños para estos pacientes, debe contemplarse siempre la posibilidad de que los mismos se caigan, en cuyo caso puede llegar a ser necesario ingresar dispositivos de movilización como grúas portátiles que también deberán caber en el baño.

Los lavatorios también pueden representar un peligro si se encuentran montados a la pared. Si los mismos no pueden soportar el peso del paciente cuando se apoya,

pueden desprenderse y producirle algún daño. Si se puede, resulta más conveniente tener lavatorios montados sobre el piso y con una mayor capacidad de soportar peso, ya que muchos pacientes tienden a apoyarse allí. Las guías FGI recomiendan lavatorios que soporten 1000 libras (453 kg)

Tanto el área del lavatorio como el de la ducha deberían contar con barras de agarre especialmente reforzadas. Las guías de construcción de hospitales recomiendan para todas sus barandas una capacidad de carga mínima de 250 libras (113 kilos). Esta capacidad, sin embargo, a menudo no es suficiente para los pacientes bariátricos, y se corre el riesgo de que las mismas se desprendan de la pared cuando el paciente intenta usarlas para moverse, lo cual puede originarle lesiones. Las guías FGI recomiendan en las barras de agarre que serán utilizadas por los pacientes bariátricos en los baños soporten hasta 1000 libras (453 kg)

Depósito de equipos

Mucho del equipamiento necesario para la atención del paciente bariátrico (ej: grúas, cómodas, camillas, sillas de ruedas, etc.), ocupan mucho más espacio que la versión estándar de los mismos y requieren de un adecuado espacio para guardarlos cuando no se encuentran en uso.

Áreas bariátricas especialmente diseñadas

De acuerdo al volumen de atención actual y al proyectado de pacientes con obesidad extrema, las instituciones pueden calcular cuántas habitaciones "amigas del obeso" necesitarán para acomodarlos. Una opción sería agrupar estas habitaciones dentro de un piso o área ya existente. Otra consistiría simplemente en diseñar desde cero un área exclusiva para atender a estos pacientes. La creación de unidades especiales de atención bariátrica favorecerá el entrenamiento del personal en el manejo de estos pacientes y reflejará el compromiso de la institución con la satisfacción y seguridad del obeso mórbido.

Equipos y suministros

El equipó estándar de la mayoría de los equipos hospitalarios (camas, camillas cómodas, sillas de ruedas, mesas quirúrgicas, equipos de rayos, etc.) está

preparado para soportar cargas de entre 250 a 300 libras (113 a 136 kilos). Cuando las instituciones realizan el inventario del equipamiento existente y consideran comprar o contratar nuevo equipamiento destinada a su población bariátrica, deberán recordar que el peso de estos pacientes puede oscilar en un rango muy amplio que va desde los 113 kilos hasta la friolera de 500 kilos. Ante este panorama, las necesidades de equipos y dispositivos la organización probablemente sean muy variables. De manera similar el límite de peso de distintos productos rotulados como bariátricos" puede diferir de manera sustancial de un modelo a otro.

Un ejemplo concreto es el de las sillas de ruedas anunciadas como especiales para pacientes bariátricos. Los pesos máximos tolerados por los distintos modelos son de 181kg, 204 kg, 272 kg y 385 kg. Para un paciente que pesa 250 kilos sólo los dos últimos modelos resultarían adecuados. Si la población que se atiende en el hospital es tal que, en el período de un año, se espera atender a muchos pacientes con pesos de entre 180 y 230 kilos pero a su vez resulta altamente improbable que se traten pacientes más pesados, la opción más lógica sería comprar sillas de ruedas que soporten hasta 272 kg. Para los poquísimos casos en que se requiera una silla de ruedas con capacidad de soportar más kilaje, lo más razonable sería tener preacordado con algún proveedor el alquiler de la misma.

El inventario de estos equipos debería incluir, siempre que resulte apropiado, su capacidad de carga. Para garantizar que los prestadores (enfermeros, camilleros, etc.) seleccionen el ítem más apropiado, todos los equipos (ej: material rodante) deberían tener una etiqueta con el límite de peso que pueden soportar, si bien este sticker debería colocarse fuera de la visión del paciente para no incomodarlo.

En el ámbito del diagnóstico por imágenes, algunos tomógrafos y resonadores diseñados para pacientes bariátricos toleran más peso y tienen aperturas más amplias. Sin embargo, debe ponderarse siempre que la radiación que se necesita para obtener imágenes diagnósticas de calidad en estos pacientes es bastante alta y siempre deberá evaluarse la relación riesgo/beneficio entre la mayor radiación a la que se expone al paciente y lo que espera obtenerse de la imagen. El Departamento de Radiología debería brindar guías acerca de las mejores opciones de imágenes para pacientes con obesidad mórbida. Si los equipos de

imágenes no están diseñados para pacientes con estos pesos y tamaños, el hospital deberá garantizar la existencia de planes bien definidos para aquellos pacientes bariátricos que requieren un seguimiento urgente pero que no pueden estudiarse con tomografía o resonancia en la institución.

Inventario y rastreo de los equipos bariátricos

La institución debería llevar un registro de todos los equipos para pacientes bariátricos con la localización asignada dentro del hospital. Idealmente, este inventario debería ser electrónico, de manera tal que en todo momento el personal sepa qué paciente lo está usando o dónde se encuentra depositado.

Estos registros deberían detallar el tamaño del ítem, el peso que tolera y la localización. Estas especificaciones ayudarán al personal a encontrar el equipo más apropiado para cada paciente, en vez de tomar el primero que encuentra a su alcance. Para garantizar la disponibilidad de estos equipos especiales, debería estar prohibido que el personal los utilice para otros propósitos que no sean atender a pacientes bariátricos.

Equipamiento y Suministros Bariátricos Esenciales

Todos los hospitales deberían poder disponer rápidamente de las cantidades apropiadas de los siguientes equipos y suministros:

- Camas bariátricas
- Mesas quirúrgicas bariátricas
- Sillas de ruedas bariátricas
- Medidas XXL de sábanas, batas, pulseras de identificación, mango de tensiómetros y medias de compresión.
- Dispositivos de ayuda para transferencia lateral
- Agujas y catéteres más largos
- Sillas más grandes en áreas públicas de espera y consultorios
- Grúas para pacientes (portátiles o fijas)
- Camillas con adecuado tamaño y capacidad de carga
- Tubos endotraqueales de longitud extra y de diámetro pequeño.
- Balanzas especiales, con plataformas que sean accesibles tanto para el paciente parado como para las sillas de ruedas (si el paciente no se puede incorporar)

¿Compra, alquiler o leasing?

Una vez que la institución ha definido el equipamiento que necesitará para la atención de estos pacientes, debe decidir si los comprará, los alquilará o realizará un contrato de leasing. Durante los últimos años, ECRI Institute ha observado una mayor tendencia hacia la compra del equipamiento bariátrico. Algunos proveedores ofrecen planes que permiten a las instituciones alquilar, comprar o ambas opciones, También existe la posibilidad de alquilar según la demanda o de realizar un leasing de varios años. Para las instituciones que buscan saber qué les conviene, los especialistas recomiendan primero comparar y contrastar distintos escenarios (compra, alquiler, leasing o una combinación) y realizar un análisis de costos para la vida útil del producto. Otros aspectos a considerar son la duración del contrato de alquiler, las necesidades promedio vs. los picos, la capacidad de almacenamiento, el tiempo de entrega y el abordaje de la compañía proveedora del dispositivo hacia el mantenimiento preventivo, el rastreo de peligros y las alertas de seguridad. Las instituciones deberían identificar qué compañías pueden proveer el equipamiento alquilado de manera rápida y confiable.

Anticipese

Resulta también esencial identificar a los pacientes con necesidades bariátricas lo antes posible (durante los trámites de solicitud de internación, de admisión a piso o del ingreso a guardia) y disponer de algún método para compartir rápidamente esta información con el departamento de mantenimiento y con la unidad donde se atenderá al paciente. Estas acciones deberían garantizar que los requisitos de equipamiento (propio o alquilado) sean cumplimentados rápidamente y que el personal se prepare adecuadamente para recibir a un paciente de estas características.

Las instituciones pueden considerar como ejemplo el abordaje de un hospital canadiense, el cual desarrolló una norma por la cual los médicos deben informar con la debida anticipación la internación programada de los pacientes bariátricos. Este tipo notificación puede ser particularmente útil para que unidades tales como la obstétrica o quirúrgica estén preparadas para recibir a pacientes de estas características. Para el caso de las internaciones urgentes que ingresan por guardia, la administración del hospital solicita que los enfermeros

de ese sector alerten al departamento de admisión apenas se decide el ingreso. Adicionalmente, los enfermeros deben completar un checklist para identificar los equipos y protocolos que serán necesarios para la atención del paciente. En el checklist se debe colocar, entre otras cosas, el número de personas que se requerirán para transportar, movilizar o rotar al paciente. El formulario se guarda en la historia clínica y forma parte del plan de cuidados de enfermería. Este hospital decidió definir como bariátrico a cualquier persona que pese más de 159 kg o cuyo IMC sea mayor a 49. (14)

Un abordaje similar fue el adoptado por un hospital de California para aquellos pacientes con un IMC alto que se encontraban programados para cirugías no bariátricas. El hospital ya tenía funcionando un protocolo de preparación para la atención de pacientes en lista de cirugía bariátrica, pero quería también identificar a aquellos pacientes que se encontraban programados para otro tipo cirugías y que, por su condición de obesos, podían llegar a presentar complicaciones perioperatorias tales como intubación difícil, dificultades respiratorias, o lesiones por presión (decúbitos). La inquietud nació porque la población de pacientes obesos que se operaban de otras patologías ajenas a la cirugía bariátrica estaba creciendo significativamente. Al identificar a estos pacientes con antelación, el hospital buscaba anticiparse a sus necesidades y poder tener todo preparado antes de la cirugía (en lugar de tener que resolver todo en el momento.⁹ El hospital describió todo este proceso en un artículo publicado en una revista especializada en instrumentación y enfermería quirúrgica (AORN Journal) (15)

La política actual de este hospital requiere que, al programar una cirugía, se informe en todos los casos la altura y el peso de los pacientes, de forma tal de poder identificar a aquellos pacientes con un IMC alto. Si el IMC del paciente es igual o mayor a 35, el mismo debe completar durante el proceso de preadmisión un cuestionario para determinar si presenta alguna condición, tal como apnea del sueño, que pudiera indicar un mayor riesgo de potenciales problemas respiratorios. El enfermero de preadmisión envía este formulario a los enfermeros de quirófano y de recuperación anestésica, de manera tal que puedan tener preparado el equipamiento y los recursos necesarios para manejar al paciente. Estas acciones

sirven, por ejemplo, para que el equipo de camilleros esté alerta y sepa de la necesidad de personal extra y de equipos especiales para trasladar al paciente. También para que esté preparada una cama de recuperación bariátrica en el caso de pacientes que pesen más de 160 kg. El enfermero de quirófano a su vez advierte con suficiente tiempo al equipo de anestesia, de forma tal que sus integrantes puedan tener listo el equipo de vía aérea difícil. El cuestionario se guarda en la historia clínica. En el apéndice de este artículo encontrará el modelo de cuestionario.

El desarrollo del cuestionario fue tan solo una de las distintas medidas adoptadas por este hospital para prevenir complicaciones en pacientes quirúrgicos extremadamente obesos. Dentro de estas otras medidas se incluyeron:

- La compra de equipos de intubación con fibra óptica para ayudar con el manejo de vías aéreas dificultosas.
- El etiquetado de todas las camas y camillas del quirófano, de rayos y de procedimientos con el límite de peso que toleran, y compra de colchones especiales anti-escaras
- La implementación de guías de enfermería para los cuidados postoperatorios de pacientes adultos con alto IMC con el objetivo de reducir complicaciones respiratorias.
- La capacitación al personal en la atención de pacientes obesos.

Los autores del artículo publicado en el AORN Journal indicaron que, si bien la iniciativa surgió a partir de dos eventos centinela en pacientes con obesidad mórbida (una intubación difícil y una lesión vinculada a la posición), desde que se cumple con este procedimiento no han ocurrido eventos similares.(15)

Consideraciones de atención clínica

Todo el personal clínico que interviene en el cuidado de pacientes bariátricos debería estar capacitado y entrenado en las siguientes particularidades que presenta su atención:

Manejo de vía aérea

La intubación endotraqueal de estos pacientes puede ser dificultosa por una variedad de razones, incluyendo en las personas muy obesas cuellos inusualmente cortos y anchos y la dificultad en la auscultación de los sonidos respiratorios por el exceso de tejido graso que rodea el tórax. Las instituciones deben garantizar la disponibilidad de tubos endotraqueales de la longitud y luz adecuados y del resto de instrumental propio del manejo de vías aéreas difíciles. Todo el personal de anestesia, como el de emergencias y el de UTI debe estar entrenado en el manejo la vía aérea en el paciente bariátrico.

Control de presión arterial

Aún en instituciones que cuentan con tensiómetros con brazaletes extra grandes, el control de la TA en pacientes extremadamente obesos puede ser muy dificultoso porque el brazo no cabe en el brazalete. En estos casos, el enfermero o médico debe medir la tensión arterial utilizando el brazalete más grande en la extremidad que mejor se adapte, teniendo siempre en cuenta que la precisión del registro puede verse comprometida. En estos casos la utilización de la misma extremidad cada vez que se deba realizar el control resulta clave para ser lo más consistente posible.

Trombosis venosa profunda

La escasa movilidad y pobre circulación de los paciente bariátricos los expone a un mayor riesgo de trombosis venosas profundas y tromboembolismos pulmonares. Las instituciones deben implementar medidas para evaluar el riesgo de cada paciente y realizar la profilaxis correspondiente con anticoagulantes y control de la deambulación.

Caídas

Los pacientes obesos, especialmente los adultos mayores, tienen mayor riesgo de sufrir caídas. Las instituciones de salud deben evaluar este riesgo y garantizar la existencia de programas de prevención. En el caso específico de los obesos, este programa debería incluir el detalle de las intervenciones necesarias para asistir al paciente con su deambulación, movilización, subida y bajada de la cama, etc.

Medicación

La obesidad puede alterar la capacidad de metabolización de drogas y dificultar la respuesta del paciente a las mismas. Para garantizar una dosificación adecuada, el Departamento de Farmacia debería difundir las recomendaciones de medicación en base al peso de estos pacientes especiales. La Sociedad de Oncología Clínica de los Estados Unidos, por ejemplo, tiene guías disponibles para la dosificación de quimioterápicos en adultos obesos con cáncer. Además, las instituciones deben estar equipadas con balanzas especialmente diseñadas para pacientes bariátricos, de forma tal que se pueda obtener con precisión el peso para calcular las dosis de medicación.

Nutrición

Hábitos nutricionales poco sanos o dietas previas pueden determinar que los pacientes obesos estén malnutridos. Puede faltarles, por ejemplo, vitaminas y minerales esenciales, haciéndolos más susceptibles a lesiones de piel o a retrasos en el proceso de cicatrización. Por eso, los niveles nutricionales deben ser cuidadosamente monitoreados.

Apoyo psicológico

La contención psicológica y social del paciente obeso, que a menudo debe luchar con sentimientos de angustia y depresión es tan importante como su atención clínica.

Dificultades respiratorias

Los pacientes obesos son especialmente propensos a presentar apneas del sueño y obstrucciones de la vía aérea. Para poder determinar sus necesidades, este riesgo debe ser evaluado en la admisión, en el pre y postoperatorio y con cualquier nueva medicación o cambio de la condición clínica.

Cuidado de la piel

Los pacientes bariátricos son más propensos a desarrollar úlceras por presión en lugares anatómicos usualmente no afectados por este problema, como los costados del pie o los pliegues de piel muy profundos (en las áreas perineales, inguinales y mamarias). Estos grandes pliegues de la piel también aumentan la probabilidad de infecciones cutáneas, micóticas o

bacterianas, retrasando la cicatrización de heridas. Las instituciones deben garantizar la existencia de medidas activas para evaluar riesgos para la piel de estos pacientes y para intervenir rápidamente ante los primeros signos de irritación o disrupciones de piel. Deben seguirse puntillosamente las mejores prácticas para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Accesos venosos

El acceso venoso de los pacientes muy obesos puede llegar a ser extremadamente dificultoso por la presencia de tejido graso, circulación colateral o edema. En consecuencia, es frecuente que los pacientes bariátricos deban ser punzados de manera repetida al intentar canalizarlos, aumentando su disconfort y exponiéndolos a infecciones. El paciente también puede infectarse si el personal, ante la enorme dificultad para garantizar el acceso venoso, difiere el cambio de catéter. Además de disponer de agujas y catéteres más largos, las instituciones deberían tener normas activas para el control de infecciones relacionadas a catéteres y de trombosis.

Movilización segura para el paciente y el personal

Las lesiones musculoesqueléticas (principalmente lumbares) son muy frecuentes en los trabajadores de la salud, y el riesgo de estas lesiones se incrementa cuando deben posicionar, levantar o mover pacientes muy pesados. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos (NIOSH), dependiente del Centro de Control de Enfermedades (CDC), el límite máximo de carga recomendado para la mayoría de las tareas que impliquen mover o levantar pacientes es de 35 libras (Aprox. 16 kg).(16) Esto significa que, para los reguladores de dicho país, la mayoría de las maniobras manuales (especialmente cuando el paciente no puede soportar su propio peso) son intrínsecamente inseguras para los mismos pacientes y para el personal.

En una encuesta realizada en 2011 por la proveedora de suministros para el sector salud Novation con el objetivo de evaluar el abordaje de los hospitales hacia los pacientes bariátricos, el 49% de los encuestados que respondieron sostuvo que en sus lugares de trabajo

hubo un aumento en el número de lesiones laborales vinculadas con el cuidado de pacientes obesos, mientras que el 51% reportó un descenso de las lesiones laborales. La gran mayoría de estos últimos (81%) atribuían la mejora a la existencia de programas de entrenamiento del personal en maniobras ergonómicas básicas para la movilización de estos pacientes y a la disponibilidad de equipos de transferencia y ayuda.(17)

Los pacientes también pueden sufrir lesiones como resultado de su movilización manual (caídas, lesiones de hombros por excesiva tracción, heridas en la piel, etc)

Las instituciones deben adoptar medidas para proteger a sus empleados y pacientes de lesiones a consecuencia de la movilización, posicionamiento o transferencia de pacientes. Una forma de alcanzar este objetivo es trabajar en un programa dedicado específicamente a la movilización segura.

Un programa de seguridad en la movilización de pacientes debe asentarse sobre los siguientes pilares:

1. Establecimiento de protocolos para identificar necesidades específicas de movilización
2. Desarrollo de una cultura que promueva la movilización segura
3. Capacitación y entrenamiento del personal
4. Dotar al personal del equipamiento correcto para el manejo de pacientes que no se movilizan por sus propios medios y estimular su uso.

Para que el programa sea exitoso, cada una de estas áreas debe ser abordada con el mismo énfasis.

Para garantizar una movilización segura de los pacientes bariátricos que no pueden sostener su propio peso, algunos autores recomiendan tener en cuenta las siguientes consideraciones: (14) (18)

Sea proactivo

Aborde las distintas situaciones particulares que pueden surgir en su institución cuando se deben movilizar obesos extremos. Con la ayuda de un equipo multidisciplinario defina su forma de abordaje a estas situaciones y tareas. Por ejemplo, para evitar cualquier sorpresa con el transporte de obesos muy extremos, el hospital podría hacer simulacros de las distintas rutas

por las que se deberá trasladar al paciente utilizando una cama con bolsas de arena con el peso del paciente. Una vez hecho el simulacro, se deberá informar al personal cuál es la mejor ruta, dónde los corredores y ascensores son más anchos, y permiten el pasaje de camas/sillas de ruedas bariátricas y de varios miembros del personal.

Desarrolle una norma para alzar a estos pacientes de manera segura

Para garantizar el manejo y la movilización segura de estos pacientes y evitar que éstos o el personal sufran daños, la norma deberá describir las técnicas y el equipamiento específico para pacientes bariátricos. Se debería prohibir que los pacientes sean alzados de manera manual, subrayando la importancia de usar las técnicas y los dispositivos más apropiados, en un ambiente de apoyo mutuo y de respeto. Se pueden a su vez desarrollar algoritmos, utilizando árboles de decisión estandarizados, para definir el plan de manejo más apropiado para cada paciente. Cada algoritmo debería indicar el tipo de equipo a utilizar y la cantidad de personal necesario para realizar la tarea de manera segura.

Establezca un protocolo de evaluación de pacientes

Evalúe durante la admisión y luego de manera periódica la capacidad de movilización de paciente y su grado de participación durante las maniobras de traslado. Asegúrese de registrar esta evaluación en la historia clínica y de comunicarla efectivamente a todo el personal que intervendrá en la atención del paciente.

Disponga del equipamiento necesario

A medida que aumenta la población de estos pacientes y se comienza a pensar en disponer de habitaciones especiales para recibirlos, muchas instituciones están eligiendo montar grúas fijas en el techo. Estas suelen tener mayor capacidad de carga que las grúas portátiles, y suelen incluir rieles para aumentar la distancia de movilización del paciente por la habitación. Estos sistemas fijos montados en el techo están diseñados para minimizar el esfuerzo requerido para movilizar al paciente, lo que a su vez reduce la cantidad de personal necesario para las transferencias. También pueden utilizarse grúas móviles, las cuales son especialmente

beneficiosas en áreas del hospital donde las grúas de techo son poco prácticas (quirófanos, sala de rayos, etc)

Para que estos dispositivos ganen la aceptación del personal, los mismos deben ser fáciles de usar y encontrarse fácilmente disponibles en las cantidades necesarias. Cualquier aparato muy complicado para preparar o demasiado alejado como para localizarlo fácilmente, será utilizado con mucho menos frecuencia de la que se debería. La participación del personal de primera línea durante las decisiones de compra resultará en una selección de modelos más amigables con el usuario, disminuyendo el riesgo de lesiones para los pacientes y el personal. Otros equipos que suelen utilizarse para el manejo de pacientes con menor grado de obesidad (y de otros pacientes con movilidad reducida) incluyen a dispositivos para levantar a los pacientes del suelo (sillas de levantamiento, colchones de aire auto-inflables, esteras y tablas de transferencia o reposicionamiento, cinturones de transferencia o arneses, discos de transferencia y camillas con dispositivos de transferencia. (Ver imágenes)

Capacite al personal

Antes de movilizar pacientes obesos, el equipo que los atiende deberá “planificar la jugada”, asegurándose de contar con el personal necesario y el equipamiento que corresponde. El personal debe ser entrenado de manera continua en las técnicas de movilización con especial atención a la ergonomía (carga cerca de la cintura, posición estable, buen agarre de la carga, espalda derecha, no girar, cabeza erguida, etc.). Es importante además que las personas conozcan sus limitaciones y soliciten ayuda cuando la necesiten.

Sensibilidad y empatía del personal

Los obesos mórbidos presentan argumentos muy sólidos como para ser considerados discapacitados. Desafortunadamente, sin embargo, son a menudo víctimas de prejuicios y deben soportar discriminaciones en el mundo de la educación, del empleo y de la educación.

Estos prejuicios han sido documentados en algunos estudios de prestadores que reportaron que consideraban a los pacientes obesos extremos como personas vagas, sin auto-control, incumplidores, poco inteligentes y débiles de voluntad. Los estudios también

muestran que muchos médicos les destinan menos tiempo a los pacientes obesos que a sus otros pacientes, siendo renuentes a la realización de estudios de salud preventivos, a discutir alternativas y a realizar intervenciones. (19)

Algunas actitudes negativas pueden estar arraigadas en la rutina misma de la operación de todos los días. Los pacientes bariátricos suelen sentirse incómodos y no bienvenidos cuando, por ejemplo, las batas hospitalarias no les entran o deben ser pesados en balanzas industriales (a veces en los sótanos de los hospitales).

Las organizaciones de salud deberían establecer una política de tolerancia cero ante actitudes y conductas discriminatorias con pacientes de todo tipo, incluyendo a los obesos, especificando las sanciones disciplinarias que se adoptarán en caso de no cumplir con esta política. Una actitud no prejuiciosa, atenta y empática de todas las personas que interactúan con el paciente bariátrico ayudará a que su experiencia hospitalaria sea buena. Cualquier queja del paciente o de su familia por un trato irrespetuoso deberá ser abordada rápidamente.

Las organizaciones incluso pueden considerar contar con el asesoramiento de los pacientes bariátricos para obtener su feedback sobre las actitudes del personal.

La capacitación del personal en el manejo de pacientes bariátricos no debería limitarse a los aspectos técnicos y debería incluir un módulo en donde se aborden los aspectos psicológicos, emocionales y sociales de estos pacientes. Debe concientizarse al personal para que siempre consideren sus sentimientos su privacidad y lo que éste pensaría si llegara a escuchar conversaciones en donde se lo menciona de manera denigrante.

MANEJO DE PACIENTES BARIÁTRICOS RESUMEN DE RECOMENDACIONES

- Evalúe las prácticas actuales de su organización y su capacidad para atender las necesidades especiales de los pacientes bariátricos en todos los ámbitos de atención.
- Conozca la demografía de los pacientes que se atienden en su institución para estimar la demanda de servicios bariátricos.
- Considere las necesidades de los pacientes bariátricos cuando planea renovar las instalaciones o construir nuevas áreas.
- Incorpore en el inventario de equipos la capacidad de carga de los mismos.
- Identifique los equipos, suministros y mobiliario que necesitará para brindar atención a los pacientes bariátricos.
- Decida si le conviene comprar o realizar un contrato de alquiler/leasing del equipamiento para pacientes bariátricos.
- Mantenga un registro fácilmente accesible del equipamiento bariátrico disponible y de su localización, de forma tal que pueda ser rápidamente alcanzado cuando se necesite.
- Desarrolle un proceso mediante el cual se notifique a quien corresponda la admisión de un paciente obeso extremo o bien su programación para estudios o procedimientos electivos. Esto permitirá preparar de antemano el recurso humano y el equipamiento que requerirá su atención.
- Capacite al personal en las consideraciones especiales que tiene la atención del paciente bariátrico. Incluya en los programas educativos el abordaje empático y respetuoso de estos pacientes.
- Solicite a departamento de farmacia que difunda recomendaciones de dosis en base al peso para los medicamentos que se indican a estos pacientes.
- Desarrolle una política para la movilización y traslado seguro de los pacientes bariátricos. Incluya en la norma la evaluación de las necesidades para el traslado.
- Asegúrese de entrenar al personal en técnicas ergonómicas básicas para manejar pacientes obesos y en la operación de los equipos especiales para movilizarlos.
- Establezca una política de “tolerancia 0” para actitudes y conductas discriminatorias por parte del personal hacia estos pacientes. Especifique las sanciones disciplinarias en caso de no cumplir con esta premisa.
- Desarrolle procedimientos adecuados para responder a las quejas de pacientes, familias o de integrantes del equipo de salud acerca de conductas insensibles o irrespetuosas del personal hacia los pacientes obesos.
- Solicite el feedback de sus pacientes bariátricos sobre las actitudes del personal y el abordaje institucional a su problema de salud. Considérelos una fuente de consulta permanente para mejorar sus programas de atención al paciente bariátrico.

Bibliografía

El núcleo de este artículo es el resultado de la traducción y adaptación a nuestro medio del documento: “*Addressing the Special Needs of Bariatric Patients*”, elaborado en enero de 2013 por ECRI Institute. (HRC. Healthcare Risk Control). Se han agregado al mismo algunos datos locales.

Se enumeran a continuación las citas mencionadas en el artículo.

1. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011–2014. NCHS Data Brief No. 219. November 2015. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db219.pdf>
2. Infobae, 26 de febrero 2016. Mapa de la obesidad en América Latina: Argentina, en “alerta naranja”.
3. FUNCEA (Fundación Concientización y Educación Alimentaria). Datos y Estadísticas. Acceso a página web febrero 2016: http://www.funcea.com.ar/Home/Datos_Estadisticas/
4. Brunette DD. Hidden mystery [online]. WebM&M 2005 Mar. <http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseid=88>.
5. U.S. Department of Veterans Affairs (VA). VA Sunshine Healthcare Network. Safe bariatric patient handling toolkit [online]. 2007 Aug. <http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safePtHandling/toolkitBariatrics.asp>
6. Graham D, Faggionato E, Timberlake A. Preventing perioperative complications in the patient with a high body mass index. *AORN J* 2011 Oct;94(4):334-44
7. Ogden CL, Carroll MD. Prevalence of overweight, obesity, and extreme obesity among adults: United States, trends 1960-1962 through 2007-2008 [online]. 2010 Jun http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.pdf
8. Weiss AJ, Elixhauser A. Obesity-related hospitalizations, 2004 versus 2009 [online]. Agency for Healthcare Research and Quality Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Brief #137. 2012 Jul <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK100339/>
9. American College of Surgeons. Recommendations for Facilities Performing Bariatric Surgery. (Online) September 1, 2000 <https://www.facs.org/about-acs/statements/34-bariatric-recs>
10. ECRI Institute PSO. Equipping facilities for bariatric patients. *PSO Navigator* 2011 Nov;3(4):1-8.
11. Booth CM, Moore CE, Eddleston J, et al. Patient safety incidents associated with obesity: a review of reports to the National Patient Safety Agency and recommendations for hospital practice. *Postgrad Med J* 2011 Oct;87(1032):694-9.
12. Chin R. Court awards family of St. Paul hospital fall victim \$225K [online]. Pioneer Press 2011 Nov 14. Jan 6]. <http://www.twincities.com/2011/11/14/court-awards-family-of-st-paul-hospital-fall-victim-225k/>
13. Doctors Company. An overview of obesity-related claims [online]. 2005 http://www.thedoctors.com/KnowledgeCenter/PatientSafety/articles/CON_ID_000281
14. Muir M, Heese GA, McLean D, et al. Handling of the bariatric patient in critical care: a case study of lessons learned. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2007 Jun;19(2):223-40.
15. Graham D, Faggionato E, Timberlake A. Preventing perioperative complications in the patient with a high body mass index. *AORN J* 2011 Oct;94(4):334-44.

16. Waters TR. When is it safe to manually lift a patient? *Am J Nurs* 2007 Aug;107(8):53-8.

17. Boliver A. Bariatric supplies market research report [Novation report online]. 2011 Nov

<https://www.novationco.com/media/industryinfo/BariatricSuppliesSurvey201111.pdf>

18. McGinley LD, Bunke J. Best practices for safe handling of the morbidly obese patient. *Bariatr Nurs Surg Patient Care* 2008Dec;3(4):255-60.

19. Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity. Weight bias: as social justice issue [policy brief online]. 2012
http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/reports/Rudd_Policy_Brief_Weight_Bias.pdf

Apéndice**Cuestionario de Alto Índice de Masa Corporal (IMC)**

ENFERMERÍA DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN TODOS LOS PACIENTES CON UN IMC IGUAL O MAYOR A 35, EXCEPTO EN AQUELLOS PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Identificación del Paciente: _____

Fecha de la Cirugía: _____ Altura: _____

Peso: _____ (kgs) IMC: _____

1. Algún médico le diagnosticó alguna vez apnea del sueño? Sí () No () No sabe ()

2. Alguna vez le indicaron una máscara CPAP para ayudarlo a respirar mientras duerme?
 Sí () No () No sabe ()

3. Si respondió sí, ¿utiliza actualmente CPAP de manera regular? Sí () No () No sabe ()

4. Si respondió sí ¿con qué configuración usa el CPAP?
 _____ cm / H2O

Instrucciones adicionales del CPAP:

Si respondió "No" a cualquiera de las preguntas 1 a 3 complete a continuación las preguntas 5 a 8. Las respuestas positivas a cualquiera de estas preguntas pueden estar indicando una posible apnea del sueño no diagnosticada

5. ¿Le han dicho que ronca de manera muy ruidosa mientras duerme? Sí () No () No sabe ()

6. ¿Se despierta a menudo durante la noche sintiendo falta de aire o ahogo? Sí () No ()
 No sabe ()

7. ¿Suele sentirse somnoliento durante el día? Sí () No () No sabe ()

8. ¿Tiene antecedentes de asma o sibilaciones? Sí () No () No sabe ()

Envíe este formulario por fax o mail al Dto de Cirugía
 Tel/Correo: _____

Ordene mesa de operaciones especial para cirugía bariátrica si el paciente pesa más de 158 kg, llamando al número _____

Comentarios:

Fecha: _____ Hora: _____

Completado por: _____

Firma y aclaración enfermero

Departamento de Cirugía

Secretaria de Cirugía:

- Asegúrese que este formulario figure en la papelería del paciente programado
- Entregue este formulario a enfermero de quirófano

Enfermero de quirófano a cargo

- Notifique al enfermero de recuperación anestésica
- Notifique al anestesiólogo

Este formulario forma parte de la historia clínica – No lo descarte