

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

LINEAMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES
EN CIRUGÍA BARIÁTICA DEL ISSS.

ABRIL 2022

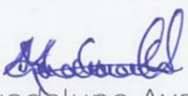
Presentación




El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su Política de “Adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del **Departamento de Normalización**, según acuerdo CD#2019-2232.OCT. - **Contenida en acta N° 3874** dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido, las “Lineamiento para la Atención de Pacientes en Cirugía Bariátrica del ISSS”, será el documento normativo que tendrá como objetivo estandarizar los procesos en torno a la atención de pacientes candidatos o que serán sometidos a Cirugía Bariátrica, en todas sus etapas incluyendo la preparación, realización de cirugía bariátrica y seguimiento. Constituyéndose en una herramienta valiosa con que contará la institución en apoyo a las actividades técnico-administrativas locales en todo lo que respecta a la Cirugía Bariátrica en El Instituto Salvadoreño del Seguro Social.


Dra. Mónica Guadalupe Ayala Cuerrero
Directora General del ISSS



Nombre	Procedencia
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia.
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefa Departamento de Normalización.
Dr. William Adonay Sosa Díaz.	Colaborador Técnico de Salud II Departamento de Normalización

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Nombre	Procedencia
Dr José René Serrano Crespín	Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dra. Ana Guadalupe Hernández Martínez	Cirujana. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dr William Omar Martínez Umaña	Cirujano. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dr Alex Benjamín Monterroza Mejía	Cirujano. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dr Fernando Alfredo Quesada Zelaya	Cirujano. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dr Ángel Josué Díaz Alvarenga	Cirujano. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dr Alfredo Novoa	Nutriólogo. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dra. Morena Luz Solís Rivera	Fisiatra. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Lic. Mayra Eugenia Moreno de Castaneda	Nutricionista. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Lic. Evelyn Cubías	Psicóloga. Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO.

Nombre	Procedencia
Dra. Diana Patricia Cabrera de Hercules.	Directora de HMQ y Oncológico.
Dr. Oscar A. Flores Gutiérrez.	Colaborador Técnico de Salud II Sección Atención Hospitalaria.
Dra. Nancy L. Gochez Vásquez.	Jefa Sección Atención Hospitalaria.
Dr. Manuel Antonio Avalos Somoza.	Jefe Sección Redes.
Lic. Aracely Margarita Cabeza de Mejía.	Administradora - HMQ y Oncológico
Lic. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Jefe Depto. de Enfermería - HMQ y Oncológico.

Contenido

A. Marco legal.....	1
B. Introducción.....	4
C. Objetivos.....	5
D. Campo de aplicación.....	5
E. Glosario.....	5
F. Disposiciones generales.....	7
G. Criterios de identificación y referencia de pacientes candidatos a cirugía bariátrica.....	8
H. Evaluación inicial por cirujano del equipo de cirugía bariátrica.....	9
I. Sobre la conferencia de cirugía bariátrica.....	10
J. Insumos y equipo para la evaluación y atención de pacientes que serán sometidos a cirugía bariátrica.....	11
K. Características de las técnicas quirúrgicas a seleccionar.....	11
L. Seguimiento post quirúrgico de pacientes sometidos a cirugía bariátrica.....	12
M. Vigilancia de la norma.....	14
N. Infracciones y sanciones.....	14
O. Vigencia.....	14
P. Bibliografía.....	15
Q. Oficialización.....	16
R. Anexos.....	17

A. Marco legal.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR.

TITULO I

CAPITULO ÚNICO - LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1. El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. A simismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

La salud es uno de los factores más determinantes en la consecución de los fines propuestos por la Constitución, es por ello que la persona humana, constituye el principio y el fin de la actividad estatal, tiene derecho a que se le asista, de forma preventiva y curativa.

III. MARCO LEGAL.

La creación e implementación de la presente política tiene su fundamento legal en los siguientes cuerpos normativos:

- ◆ **Constitución de la República, Art. 65:** "La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación."
- ◆ **Declaración Universal de Derechos Humanos, Art. 25.1:** "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en

especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

- ◆ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 12.1:** “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”
- ◆ **Convención Sobre los Derechos del Niño, Art. 24.1:** “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO. 2014

ISSS

CAPITULO PRELIMINAR REGLAMENTO DE NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2. El Sistema de Control Interno, es el conjunto de procesos concatenados, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa y operativa, realizados por los funcionarios y empleados del Instituto, diseñados para reducir los riesgos internos y externos que pudieran afectar los resultados.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3. El sistema de Control Interno pretende garantizar al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de Gestión: Están relacionados con la eficiencia, efectividad, eficacia, transparencia y economía de los siguientes objetivos institucionales.

Objetivos Relacionados con la Información: Orientados al fortalecimiento de la confiabilidad, oportunidad de la información interna y externa, como mecanismo de rendición de cuentas y transparencia institucional.

Objetivos Relacionados con el Cumplimiento de Leyes, Reglamentos, Disposiciones Administrativas, y Otras Regulaciones Aplicables: Están relacionadas con el cumplimiento de la Normativa Legal y Técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus empleados.

CAPITULO 3. NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art. 42. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios. El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional, deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

Art. 43. Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los Manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

Art. 44. Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al area correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

Art. 45. El personal que ejecute los procedimientos, será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

B. Introducción.

A nivel mundial el sobrepeso y la obesidad se han incrementado a causa de un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa y carbohidratos; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

Un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como: Enfermedades cardiovasculares, principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor en especial la osteoartritis, Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades crece con el aumento del Índice de Masa Corporal. (1)

Los métodos de tratamiento adecuados para perder peso dependen del grado de obesidad, el estado general de salud y la disposición a participar en un plan de pérdida de peso. Entre las estrategias para perder peso está: Cambios dietéticos, ejercicio y actividades de cambio de comportamiento, medicamentos recetados y cirugía de pérdida de peso, este tipo de cirugía limita la cantidad de alimentos que se puede comer cómodamente o disminuye la absorción de alimentos y calorías o ambos. (2)

El término bariátrico fue adoptado hacia 1965 y consta del prefijo griego baros: peso y el sufijo iatros: que significa tratamiento, asociado a la palabra cirugía se refiere a la cirugía para el tratamiento de la obesidad.

El objetivo de la cirugía bariátrica es mejorar la salud mejorando las comorbilidades mediante la pérdida de peso suficiente a largo plazo (3).

El programa de cirugía bariátrica en el ISSS inició en el año 2003, Sin embargo, no se realizaron cirugías durante los años 2011 y 2012. El programa fue retomado a partir de octubre 2013 en el Hospital Médico Quirúrgico.

En un inicio se ofreció a los pacientes dos técnicas, como métodos quirúrgicos para el control del peso: manga gástrica y el bypass gástrico.

La implementación de la cirugía bariátrica representa para la institución, un importante avance en el manejo del paciente con obesidad mórbida, ayudando a prevenir complicaciones derivadas de la obesidad y al mismo tiempo disminuyendo costos institucionales de las complicaciones derivadas de estas condiciones de salud y finalmente constituyen una mejor calidad de vida para el paciente y sus familias.

C. Objetivos.

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los lineamientos para la atención de pacientes con obesidad mórbida que serán sometidos al programa de Cirugía Bariátrica desde su selección hasta su seguimiento posquirúrgico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir los criterios de selección de pacientes con obesidad, candidatos a cirugía bariátrica.
2. Estandarizar el abordaje de los pacientes candidatos y sometidos a cirugía bariátrica

D. Campo de aplicación.

El presente documento se aplica al personal de salud del ISSS involucrado en el proceso de selección y manejo de pacientes candidatos y sometidos a cirugía bariátrica.

E. Glosario.

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (3).

Obesidad mórbida:

Es una condición de salud seria que resulta de un incremento de la masa corporal, se diagnostica por un índice de masa corporal mayor (IMC) a 40 kg/m², un IMC mayor a 35 kg/m² con por lo menos 1 condición seria relacionada a la obesidad o tener más de 100 libras arriba del peso ideal (4).

Índice de Masa Corporal (IMC):

Herramienta de evaluación del sobrepeso y la obesidad. Se considera que un adulto tiene sobrepeso si su IMC está entre 25.0 y 29.9. Una persona se considera obesa si su IMC es de 30.0 o mayor. (La obesidad y el Cancer. Centers for Disease Control (5).

Cirugía Bariátrica:

Cirugía realizada sobre el estómago y/o intestinos para ayudar a perder peso a una persona con obesidad mórbida. Incluye diversas técnicas como la Banda Gástrica Ajustable (BGA), LA Manga

Gástrica (MG) o Gastroplastía Vertical (GV) y el Bypass Gástrico (BG) clásico y de una sola anastomosis, SADIS y otras

Índice Cintura Cadera (ICC): Es el resultado de la división de la circunferencia de la cintura (CC) entre el resultado de la medición del perímetro de la cadera a nivel de la zona más prominente de los glúteos (que coincide con la región trocantérea). Los valores no deben superar 0,80 en la mujer y 0,95 en el varón. (6).

Abreviaturas:

OM: Obesidad Mórbida.

IMC: Índice de Masa Corporal.

EV: Endovenoso.

IM: Intramuscular.

SC: Subcutáneo.

CB: Cirugía Bariátrica.

BGA: Banda Gástrica Ajustable.

MG: Manga Gástrica.

GV: Gastroplastía Vertical.

BG: Bypass Gástrico.

ICC: Índice Cintura Cadera.

SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

F. Disposiciones generales.

1. El director del HMQ y O en el ámbito de sus competencias, deberá establecer los mecanismos para el cumplimiento y aplicación del presente documento.
2. En caso de identificarse pacientes candidatos a C.B en las Clínicas Empresariales, y Clínicas Comunes, Unidades Médicas u Hospitales del ISSS, se dará referencia para programa de C.B del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
3. La evaluación del paciente con Obesidad Mórbida (OM) será realizada por un equipo multidisciplinario de especialistas, incluyendo endocrinólogos, cirujanos, nutriólogos, nutricionistas, anestesiólogos, psiquiatras, psicólogos, neumólogos, gastroenterólogos, fisiatras y cuantos otros especialistas se consideren necesario, en función de la patología asociada que presente el paciente.
4. Los cirujanos trabajarán en equipo para evaluar si los pacientes referidos son candidatos a C.B y establecer el plan de abordaje más adecuado para los pacientes.
5. El personal de salud del equipo de C.B deberá dejar constancia en el expediente clínico de la evaluación de la situación de riesgo general e individual del paciente y los de riesgos asociados a la cirugía.
6. En el historial clínico como mínimo constarán: los hábitos alimentarios, las comorbilidades asociadas, especialmente las de índole psiquiátrico, respiratorio y cardiovascular (síndrome de apnea obstructiva del sueño/síndrome de hipoventilación-obesidad, cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda, arritmias), diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y otras. Se reflejará la medicación prescrita habitual, la presencia de alergias y los antecedentes anestésicos y quirúrgicos.
7. El perfil analítico preoperatorio deberá permitir a la vez la valoración pre anestésica y disponer de datos de referencia para el control post operatorio, en especial de algunas vitaminas y minerales.
8. Antes de la cirugía se deberá cumplir el proceso para obtener el aval correspondiente de las especialidades directamente relacionadas para su manejo (Psicología, Nutrición, Endocrinología, Neumología, Cardiología) y cualquier otra que se estime conveniente.

9. Previo a la realización de cirugía bariátrica independiente de la técnica, deberá cumplirse con antibióticos profilácticos de acuerdo a "norma para la infección de sitio quirúrgico a través de la profilaxis antibiótica en cirugía", vigente.
10. El personal de salud que interviene en el proceso de atención, debe brindar la información necesaria en el ámbito de sus competencias sobre los riesgos, beneficios, expectativas físicas y emocionales.
11. Solicitar al paciente firma del consentimiento informado, previa explicación de riesgo beneficio.
12. En el análisis preoperatorio se debe descartar la presencia de *Helicobacter pylori* con la finalidad de erradicarlo en todos los pacientes que se someterán a la cirugía.
13. Para efectos del desarrollo de este documento, se considera que existe obesidad cuando el IMC es mayor de 30 y Obesidad Mórbida cuando es mayor de 40 (para una clasificación completa de la obesidad (ver anexo 1).
14. El día del ingreso para la cirugía se calculará el score de Caprini para valorar el riesgo de eventos tromبóticos y la duración de la profilaxis.

G. Criterios de identificación y referencia de pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

15. Serán candidatos a ser enviados al programa de cirugía bariátrica los pacientes con IMC de 40 ó mayor de 35 que coexista con problemas médicos serios (Comorbilidades), siempre y cuando cumplan con los siguientes criterios:
 - Edad: 18-60 años (pacientes entre 60 y 65 años serán evaluados individualmente por el Equipo de Cirugía Bariátrica)
 - Que la obesidad mórbida esté establecida por lo menos a 5 años.
 - Ausencia de trastornos endócrinos que sean causa de la obesidad mórbida (según evaluación e medicina interna o endocrinología)
16. Cuando un paciente sea referido a evaluación por el equipo de cirugía bariátrica, éste debe de traer consigo los siguientes exámenes de laboratorio:

- ✓ Hemograma
- ✓ Glucosa
- ✓ Transaminasas
- ✓ Proteínas séricas
- ✓ Albúmina
- ✓ Colesterol
- ✓ Triglicéridos
- ✓ HDL-LDL
- ✓ NU + Creatinina.

17. El médico que refiera, deberá explicar al paciente de forma clara que el objetivo de la referencias es para evaluar si procede la realización de cirugía bariátrica, lo cual será determinado por el equipo multidisciplinario encargado del programa en el HMQ y O.

H. Evaluación inicial por cirujano del equipo de cirugía bariátrica

18. Entrevista, examen físico y determinación si el paciente es candidato a cirugía, tomando en cuenta lo siguiente:

- Edad (18-60 años*)
- Índice de masa corporal.
- Presencia de comorbilidades endocrinológicas.
- fracasos continuados a tratamientos conservadores debidamente supervisados.
- Estabilidad emocional.
- Ausencia de abuso de alcohol o drogas.
- Ausencia de alteraciones psiquiátricas mayores (esquizofrenia, psicosis), retraso mental, trastornos del comportamiento alimentario (Bulimia nerviosa)
- Que el paciente tenga las condiciones neuro psiquiátricas necesarias para:
 - ✓ Comprender los mecanismos por los que se pierde peso con la cirugía y entender que no siempre se alcanzan buenos resultados.
 - ✓ Comprender que el objetivo de la cirugía no es alcanzar el peso ideal.
 - ✓ Comprometerse a la adhesión a las normas de seguimiento tras la cirugía.
 - ✓ Las mujeres en edad fértil deberán evitar la gestación al menos durante el primer año post cirugía.

*Los pacientes entre 60 y 65 años se evaluarán individualmente.

19. Revisión de los análisis de laboratorio y gabinete indicados por el médico que refirió.

➤ Además de los indicados por el médico que refirió, deberá indicar:

- Hemoglobina glicosilada, si es diabético.
- Perfil tiroideo.
- Vitamina D sérica.
- Ferritina.

Exámenes de gabinete.

- Ultrasonografía Abdominal con énfasis en Hígado, Vesícula y pared abdominal.
- Endoscopia de tubo digestivo superior
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.

20. Inicialmente se dará referencia a psicología, nutriología, fisiatría y se indicará cita para seguimiento.

21. Una vez se tenga el visto bueno de estas disciplinas se dará referencia para otras especialidades, con los exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes, entre estas: endocrinología, neumología, cardiología o medicina interna y otra especialidad que se considere necesaria de acuerdo a la patología específica.

22. Al tener los avales de todas las especialidades involucradas, se dará la fecha de la Conferencia de Cirugía Bariátrica para su evaluación colegiada, fecha del ingreso y tipo de intervención.

I. Sobre la conferencia de cirugía bariátrica.

23. La conferencia está conformada por todos los miembros del equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica (Cirujanos bariátras, psicólogo, nutricionista, nutriólogo, psiquiatra, cualquier otro involucrado en el proceso).

24. En ésta, se decidirá de forma colegiada el tipo de cirugía que se realizará de acuerdo a las características del paciente, y si es apto, la fecha de ingreso y de la intervención, se llenará la orden de ingreso y la orden de sala de operaciones, también se decidirá el cirujano principal que efectuará el procedimiento.

25. El equipo multidisciplinario de la conferencia, dará todas las explicaciones que el paciente y su familiar soliciten, haciendo énfasis en que:

- o El procedimiento es de cirugía mayor y de alto riesgo, entre otros motivos por las comorbilidades que la OM conlleva.
- o Aunque los beneficios estéticos son importantes, no son el objetivo primordial de la cirugía. Tampoco es el objetivo alcanzar el peso ideal.
- o Debido a las alteraciones nutricionales derivadas de las diferentes técnicas quirúrgicas, es necesario realizar un seguimiento médico del paciente a largo plazo, probablemente de por vida, para detectar y tratar los trastornos nutricionales asociados.

26. Se hará un reporte escrito en el expediente del paciente y en el libro de actas de la conferencia, las cuales deben de ser firmadas y selladas por todos los miembros presentes, y se solicitará la firma del consentimiento informado por el paciente, testigo y por el cirujano designado.

27. También en esta instancia, se puede de forma colegiada diferir o cancelar la cirugía de acuerdo a las características y criterios establecidos en este documento normativo y buscar tratamientos alternativos.

J. Insumos y equipo para la evaluación y atención de pacientes que serán sometidos cirugía bariátrica.

28. La dirección y administración del centro donde se encuentra la especialidad de cirugía bariátrica será la responsable de gestionar la adquisición de mobiliario, equipo e insumos, previa solicitud del Equipo Multidisciplinario de CB, que permita la atención adecuada de los pacientes.

K. Características de las técnicas quirúrgicas a seleccionar.

- Debe de ser segura, es decir con una morbilidad menor del 10% y una mortalidad inferior al 1%.

- Debe de ser útil para al menos el 75% de los pacientes que deben de cumplir los denominados criterios de éxito, como mantener una pérdida del sobrepeso superior al 50% y alcanzar un IMC inferior a 35.
- Debe de ser duradera, es decir que los resultados se mantengan por un período de 5 años o mejor por un tiempo ilimitado.
- Con escasas consecuencias que limiten la calidad de vida, en particular intolerancias alimenticias, vómitos o diarreas.
- Con pocos efectos secundarios, tales como deficiencias nutricionales de proteínas, vitaminas y/o minerales.
- Con escasas complicaciones a largo plazo, de tal modo que el índice de re intervenciones al año no supere el 2%.
- Que la técnica tenga reconocimiento a nivel internacional.
- Al momento de elaborar el presente documento, las técnicas utilizadas para la realización de cirugía bariátrica son: manga gástrica laparoscópica, bypass gástrico y sus variantes y colocación de balón intragástrico.
- La adopción de nuevas técnicas se hará en consenso por el Equipo de CB, previa autorización del Coordinador Institucional de Cirugía, basándose en la evidencia que se produzca en torno al tema.

L. Seguimiento post quirúrgico de pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

29. Con el fin de establecer el calendario de seguimiento se realizan consultas en los meses: 1, 3, 6, 12, 18, 24 o de acuerdo a la evolución post quirúrgica y/o patología previa que presente el paciente.

30. A partir del segundo año, y salvo excepciones, se realizarán revisiones anuales. En esas visitas el paciente deberá ser atendido en las consultas de cirugía bariátrica.

31. Durante el seguimiento tras la cirugía se debe:

- Reforzar las pautas de alimentación,
- Controlar las comorbilidades,
- Detectar y tratar las complicaciones metabólicas secundarias a la cirugía (principalmente deficiencia de vitaminas y minerales) así como de las incidencias quirúrgicas que puedan detectarse.

- Indicar o reforzar el apoyo constante en el ámbito psicológico o psiquiátrico en el manejo de trastornos afectivos, alteraciones del comportamiento alimentario, entre otros, que continúan latentes después de la cirugía.
32. Todo paciente que sea sometido a cirugía bariátrica, recibirá seguimiento por especialidad (es) médica (s) de acuerdo a patologías de base o nuevas que surjan como resultado de la intervención, será responsabilidad del cirujano bariátrico dicha valoración y elaboración de referencias.
33. Cada especialidad hará sus intervenciones en base al análisis de la situación de cada paciente y de acuerdo al portafolio de servicios de cada centro. En el caso específico de cirugía plástica, además de las consideraciones anteriores, la o las intervenciones que realice, se harán de acuerdo a criterio del cirujano plástico.
34. Los Controles Nutricionales post quirúrgicos se realizan con la siguiente frecuencia:
35. 1º, 2º, 3º mes y luego 6º y 12º mes, posteriormente se hará cada 3 meses.
36. Los controles por fisiatría serán cada mes posterior a la cirugía y luego cada año.
37. Las pruebas complementarias a realizar serán similares a las que se solicitaron antes de la cirugía, con especial referencia al estado nutricional, tanto en el perfil de proteínas (albumina, pre albúmina, transferrina), como de vitaminas y minerales.
38. Otras pruebas quedan a criterio del médico de acuerdo a la comorbilidad del paciente y la evolución del mismo: perfil diabético, estudio de SAOS, registro ambulatorio de presión arterial, etc.
39. En el expediente clínico deberá quedar consignado la evaluación de cómo han evolucionado las comorbilidades mayores (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, SAOS o artropatía), de tal manera que se pueda tipificar como
- a) "actualmente presente",
 - b) "mejoría" de la comorbilidad, pero que aún necesita tratamiento,
 - c) comorbilidad "resuelta", en la que el paciente ha normalizado o remitido completamente su patología asociada.
40. La evaluación de los resultados a mediano y largo plazo se hará en base a: Evolución del peso, evolución de las comorbilidades, complicaciones de la cirugía, hábitos alimentarios, etc.

41. Estas medidas de evaluación se realizarán al menos cada 5 años.

M. Vigilancia de la norma.

La vigilancia de la aplicación de esta lineamieto, corresponde a todas las dependencias de salud del INSTITUTO SALVADOREÑO DE SEGURO SOCIAL en sus respectivos ámbitos de competencias.

N. Infracciones y sanciones.

El incumplimiento del presente documento normativo, en ámbito de su competencia, será sancionado según la normativa legal correspondiente.

O. Vigencia.

Este lineamiento entrará en vigor a partir de la fecha de su aprobación por la dirección General del ISSS.

P. Bibliografía.

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso tomado de internet. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Mayo clinic. Obesity. Tomado de internet: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/obesity/diagnosis-treatment/drc-20375749>
3. Obesidad. Organización Mundial de la Salud.
4. La obesidad y el Cáncer. Centers for Disease Control.
5. Obesity Medicine Association.
6. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención.

Q. Oficialización.

Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala.
Jefa del Departamento de Normalización.



Dr. José Adán Martínez Alvarenga.
Jefe de División de Regulación, Normalización y Vigilancia.



Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández
Subdirector de Salud.



R. Anexos.

ANEXO 1, CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD.

Tabla 1. Clasificación de la obesidad (basada en la SEEDO*)	
Valores límite de IMC (Kg/m ²)	
Peso insuficiente	<18.5
Normopeso	18.5 – 24.9
Sobrepeso grado 1	25 – 26.9
Sobrepeso grado 2	27 – 29.9
Obesidad tipo 1	30 – 34.9
Obesidad tipo 2	35 – 39.9
Obesidad Mórbida	40 – 49.9
Superobesidad	50 – 59.9
Super-superobesidad	> 60

*SEEDO Sociedad Española de Estudios De Obesidad



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN.

ABRIL - 2022