

comprobar y validar el contenido del mismo, y a los efectos de lo establecido en el artículo 7 del Real Decreto 209/2002.

Artículo 8. Asentamientos apícolas y distancias mínimas.

1. Los asentamientos apícolas deberán respetar las distancias mínimas siguientes respecto a:

a) Otros asentamientos apícolas: Con carácter general, se podrán instalar nuevos asentamientos apícolas en una distancia mínima de otro asentamiento ya instalado de 500 metros, añadiendo 10 metros por cada una de las colmenas que sobrepasen las 50 en un mismo asentamiento, salvo que sean del mismo titular o que haya acuerdo entre ambos.

b) Establecimientos colectivos de carácter público y centros urbanos, núcleos de población: 500 metros a poblaciones de menos de 2.000 habitantes y 1.000 metros a poblaciones de mayor población.

c) Viviendas rurales habitadas e instalaciones pecuarias: 100 metros.

d) Carreteras nacionales: 200 metros.

e) Carreteras comarcales: 50 metros.

f) Caminos vecinales: 25 metros

g) Pistas forestales: las colmenas se instalarán en los bordes sin que obstruyan el paso.

h) Lindero del campo colindante: 25 metros, pudiendo ser menor, previo consentimiento de los afectados.

2. Estas distancias podrán ser reducidas en los términos establecidos en los apartados 3, 4 y 5 del artículo 8 del Real Decreto 209/2002.

Artículo 9. Trashumancia apícola.

1. Los apicultores inscritos en el Registro como apicultores trashumantes, podrán practicar la trashumancia en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón siempre que cumplan los requisitos sanitarios y de documentación regulados en el presente Decreto, así como en el Real Decreto 209/2002. El documento que debe acompañar a las colmenas en estos traslados es el Libro de Registro de explotación apícola descrito en el artículo 7 del presente Decreto, debiendo anotarse en dicho Libro todos los movimientos de colmenas que se produzcan haciendo constar el origen y destino del traslado.

2. Si por circunstancias excepcionales un apicultor con colmenas estantes tuviera la necesidad de desplazar colmenas o enjambres, deberá para ello solicitar a la autoridad competente, con carácter previo, una autorización sanitaria para el movimiento y la emisión del correspondiente certificado sanitario que ampare el desplazamiento de las colmenas con arreglo a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 8/2003, de 24 de abril, de Sanidad Animal.

3. Los apicultores que realicen trashumancia fuera del ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, deberán atenerse a lo dispuesto en el artículo 11 del Real Decreto 209/2002, de 22 de febrero por el que se establecen normas de ordenación de explotaciones apícolas.

Artículo 10. Ayudas Públicas.

1. La Administración de la Comunidad Autónoma podrá establecer líneas de ayudas en apoyo al sector apícola que podrán tener por objeto, entre otras actividades, la ejecución de programas sanitarios, y el desarrollo de actividades destinadas a la mejora de la producción y la comercialización de la miel, el fomento de la polinización por las abejas u otras actividades de fomento del sector apícola, así como destinadas a mejorar las explotaciones apícolas.

2. Por Orden del Consejero del Departamento competente en materia de ganadería se aprobarán las bases reguladoras de las ayudas que se establezcan.

Disposición adicional única.

El incumplimiento de este Decreto se sancionará de acuerdo con lo previsto en las leyes correspondientes y, de manera específica, en la Ley 8/2003, de 24 de abril de Sanidad Animal.

Disposición transitoria única.

Los titulares de las explotaciones existentes con anterioridad a la entrada en vigor del presente decreto, que no estuvieran inscritas en el registro de explotaciones apícolas, deberán solicitar la inscripción en el plazo máximo de seis meses desde la fecha de su entrada en vigor, y así mismo, los titulares de explotaciones ya inscritas en ese momento deberán renovar su inscripción y actualizar los datos de sus asientos, también en el plazo de seis meses desde la fecha de su entrada en vigor.

Disposición derogatoria única.

1. Quedan expresamente derogadas las siguientes disposiciones:

a) El Decreto 86/1984, de 26 de octubre, de la Diputación General de Aragón por el que se regula la ordenación de explotaciones apícolas.

b) El Decreto 17/1988, de 7 de febrero, de la Diputación General de Aragón, por el que se modifica parcialmente el Decreto 86/1984, de 26 de octubre, que regula la ordenación de explotaciones apícolas.

c) La Orden de 10 de enero de 1985 del Departamento de Agricultura, Ganadería y Montes, por la que se desarrolla, el Decreto 86/1984, de 26 de octubre, que regula la ordenación de explotaciones apícolas.

2. Quedan igualmente derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango, en lo que contradigan el presente Decreto.

Disposición final primera. Facultad de desarrollo.

Se faculta al Consejero de Agricultura y Alimentación, en el ámbito de sus competencias, para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de este decreto.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial de Aragón».

Zaragoza, 11 de enero de 2005.

**El Presidente del Gobierno de Aragón,
MARCELINO IGLESIAS RICO**

**El Consejero de Agricultura
y Alimentación,
GONZALÓ ARGUILÉ LAGUARTA**

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

245 **ORDEN de 24 de enero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la Cirugía Bariátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón.**

En las últimas décadas el sobrepeso y la obesidad están adquiriendo dimensiones preocupantes en gran parte de los países desarrollados, hasta constituirse como uno de sus principales problemas de salud pública, debido tanto a las enfermedades crónicas que constituyen sus principales causas de morbimortalidad como a su impacto económico.

Según la mayor parte de expertos, el tratamiento de la obesidad debe ser integral, abarcando la mejora en los hábitos alimentarios, el aumento de ejercicio, modificaciones conductuales y, excepcionalmente y en determinados casos, la administración de fármacos.

Sin embargo, los casos de obesidad mórbida (término introducido para describir un tipo de obesidad rebelde al tratamiento médico y que predispone a graves enfermedades y trastornos psicosociales con compromiso de la salud y/o el bienestar) suelen ser refractarios al tratamiento convencional de la obesidad y, en el caso de que se pierda peso con el mismo, una parte importante de los pacientes lo recuperan o incluso lo superan a los dos años, por lo que en este tipo de obesidad, además de todas las actuaciones terapéuticas citadas anterior-

mente, suele estar indicado el tratamiento quirúrgico mediante la denominada cirugía bariátrica. Se define la cirugía bariátrica como aquella cirugía mayor realizada sobre el tracto gastrointestinal superior en pacientes con obesidad mórbida con la finalidad de conseguir una apreciable reducción de su peso corporal.

El incremento de la prevalencia de la obesidad mórbida, la gravedad de su patología asociada, las negativas repercusiones psicosociales que conlleva, el descenso de la esperanza de vida de quienes la padecen, la mala respuesta a los tratamientos convencionales y, especialmente, la variabilidad y el elevado riesgo asociado a las intervenciones quirúrgicas que se practican a los pacientes que la sufren, ha llevado al Departamento de Salud y Consumo a considerar la necesidad de establecer expresamente los requisitos y condiciones que deben cumplir los Servicios que realicen el abordaje quirúrgico de la obesidad mórbida a través de la cirugía bariátrica, así como los criterios a utilizar para la toma de decisiones acerca de la indicación de este tipo de cirugía, de la técnica a utilizar y prioridad de la intervención. Así mismo también se ha considerado necesario la creación de la «Comisión para la Indicación de la Cirugía Bariátrica», con la intención de que se constituya en el órgano consultivo y asesor del Departamento en esta materia y en el que estén representados tanto los profesionales sanitarios que forman parte de los equipos multidisciplinarios necesarios para realizar con total garantía estas intervenciones, como los usuarios, eje principal del Sistema de Salud de Aragón.

Por todo ello, de acuerdo con lo establecido en el artículo 36 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las formas de intervención pública en relación con la salud individual y colectiva y que señala que la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón establecerá las normas y criterios para la autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y otorgará las correspondientes autorizaciones administrativas, y que ha sido desarrollada por el Decreto 106/2204, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón, según el cual todos los Centros y Servicios sanitarios, públicos y privados, de cualquier clase y naturaleza, ubicados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón deberán obtener la autorización administrativa para su instalación y funcionamiento, y, en su caso, modificación y cierre, y en base a la Disposición Final segunda del mencionado Decreto, que habilita a la Consejera de Salud y Consumo para dictar las disposiciones que desarrollen el mismo, dispongo:

Artículo primero.—Es objeto de la presente Orden establecer los requisitos y condiciones específicas que deben cumplir los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo para poder realizar las intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad mórbida mediante la Cirugía Bariátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón, así como los criterios a utilizar para la toma de decisiones acerca de la indicación de este tipo de cirugía, de la técnica a utilizar y prioridad de la intervención.

Artículo segundo.—Las intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad mórbida se efectuarán en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo autorizados para la realización de Cirugía Bariátrica.

Para la obtención de esta autorización, que se realizará de conformidad con lo establecido en el Decreto 106/2004, del 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón, deberá acompañarse una Memoria Justificativa del cumplimiento de los requisitos que se exponen en el Anexo 1 de esta Orden

Artículo tercero.—Las intervenciones de cirugía bariátrica se ajustarán a las indicaciones recogidas en el Anexo 2 de esta Orden. En este mismo Anexo se recogen, asimismo, los criterios orientativos de selección de la técnica quirúrgica y de la vía de abordaje a utilizar en la intervención, así como los criterios de toma de decisiones acerca de la prioridad de la intervención.

Estas indicaciones y criterios serán revisados y actualizados periódicamente por el Departamento de Salud y Consumo a propuesta de la «Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón», cuya composición y funciones se detallan en el artículo sexto de esta Orden.

Artículo cuarto.—En los Servicios autorizados para la realización de cirugía bariátrica se realizará una actuación y seguimiento estrictos y protocolizados de los pacientes a los que les realiza la intervención de cirugía bariátrica, de acuerdo con los Protocolos que figuran en el Anexo 3 de esta Orden.

Artículo quinto.—En los supuestos de solicitud de modificación de la autorización para la ejecución de las intervenciones por técnicas o vías de acceso diferentes a las ya autorizadas, la Memoria Justificativa que debe presentarse de acuerdo con lo establecido en el Anexo I de esta Orden deberá acreditar únicamente el cumplimiento de los puntos 3 (en los apartados referidos a dotación del material e instrumental preciso para la realización de intervenciones mediante nuevas técnicas y vías de abordaje), 4 y 5.

Artículo sexto.—Se constituye la «Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón».

Composición: Esta Comisión estará formada por:

* Un Médico Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo experto en Cirugía Bariátrica que forme parte del Equipo de alguno de los Servicios autorizados en el Sistema de Salud de Aragón para la realización de cirugía bariátrica.

* Un Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición experto en el tratamiento de la obesidad mórbida que forme parte del Equipo de alguno de los Servicios autorizados en el Sistema de Salud de Aragón para la realización de cirugía bariátrica.

* Un Médico Especialista en Psiquiatría experto en el tratamiento de la obesidad mórbida y trastornos de la conducta alimentaria que forme parte del Equipo de alguno de los Servicios autorizados en el Sistema de Salud de Aragón para la realización de cirugía bariátrica.

* Un representante de la Sociedad Científica Aragonesa de Cirugía, experto en cirugía bariátrica.

* Un representante en la Comunidad Autónoma de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO).

* Un representante de la Sociedad Científica Aragonesa de Endocrinología y Diabetes, experto en el tratamiento de la obesidad mórbida.

* Un representante de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, que actuará como Secretario.

* Un representante a propuesta de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios.

La Comisión podrá contar, así mismo, con el asesoramiento de profesionales pertenecientes a las especialidades de Psicología Clínica, Anestesiología y Reanimación, y Cuidados Intensivos. Estos deberán formar parte del Equipo de alguno de los Servicios autorizados para la realización de Cirugía Bariátrica en el Sistema de Salud de Aragón.

Funciones de la Comisión.

Esta Comisión, entre otras, tendrá las siguientes funciones:

1. Informar al Departamento de Salud y Consumo sobre las solicitudes de autorización de nuevos Servicios para la realización de Cirugía Bariátrica o sobre la modificación de la autorización de los ya existentes.

2. Informar al Departamento de Salud y Consumo acerca de

los valores de aparición de complicaciones mayores, mortalidad y reintervenciones relacionadas con la Cirugía Bariátrica que se consideran aceptables para autorizar nuevos Servicios para la realización de esta cirugía.

3. Proponer al Departamento de Salud y Consumo la actualización de los criterios de indicación de cirugía bariátrica (criterios de inclusión, de exclusión y contraindicaciones), de selección de la técnica y vía de abordaje a utilizar y de prioridad para la realización de la intervención.

4. Auditar todas las intervenciones de cirugía bariátrica efectuadas en dispositivos asistenciales de la Comunidad Autónoma de Aragón, independientemente de su titularidad, al objeto de valorar la pertinencia de las indicaciones, así como el estricto cumplimiento de todo lo dispuesto en los protocolos de indicación y seguimiento, informando al Departamento de Salud y Consumo de los resultados de estas auditorías.

5. A petición de alguno de los Servicios autorizados, emitirá informe al Departamento de Salud y Consumo cuando existan dudas acerca de:

5.1. La indicación de cirugía bariátrica.

5.2. La prioridad para la realización de la intervención.

5.3. La indicación de cirugía plástica, estética y reparadora en pacientes intervenidos o a ser intervenidos mediante cirugía bariátrica.

Nombramiento y Funcionamiento de la Comisión:

Los miembros de la Comisión serán nombrados por el Director General de Planificación y Aseguramiento, a propuesta de los Servicios autorizados en el Sistema de Salud de Aragón, Sociedades Científicas y Asociaciones que la componen.

En la primera reunión de la Comisión, que tendrá carácter constitutivo, se elegirá, de entre sus miembros, al Presidente y Vicepresidente.

Esta Comisión se ajustará en su funcionamiento a lo dispuesto en los artículos 22 y siguientes de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y sus posteriores modificaciones, y en los artículos 25 y siguientes de Texto Refundido de la Ley de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón aprobado por Decreto Legislativo 2/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón.

Periodicidad de sus reuniones

Esta Comisión se reunirá:

1. Con carácter anual:

a) Para la actualización de los criterios de indicación de cirugía bariátrica

b) Para la actualización de los criterios de selección de la técnica de cirugía bariátrica

c) Para la actualización de los criterios de prioridad para la realización de la intervención

d) Para la realización de auditorías de las intervenciones de cirugía bariátrica, informándose con la misma periodicidad al Departamento de Salud y Consumo de los resultados y conclusiones de dichas auditorías.

e) Para revisar los valores de aparición de complicaciones mayores, mortalidad y reintervenciones relacionados con la Cirugía Bariátrica que se consideran aceptables para autorizar nuevos Servicios para la realización de esta cirugía.

2. Cada vez que se produzca una de las siguientes circunstancias:

a) Solicitud de autorización de nuevos Servicios para la realización de Cirugía Bariátrica o de modificación de los existentes.

b) Solicitud de informe por parte de alguno de los Servicios autorizados acerca de la pertinencia de la indicación de cirugía bariátrica.

c) Solicitud de informe por parte de alguna de los Servicios autorizados acerca de la prioridad de la intervención.

d) Solicitud de informe por parte de alguna de los Servicios autorizados acerca de la indicación de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en pacientes a intervenir o ya intervenidos mediante cirugía bariátrica.

e) Solicitud del Departamento de Salud y Consumo.

Artículo séptimo.—Previo informe de la «Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón» y de conformidad con lo establecido en la Orden de 30 de junio de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, sobre delegación de competencias en diversos órganos del Departamento, corresponde a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento la resolución de los expedientes de autorización de instalación, funcionamiento, modificación y cierre de Servicios para la realización de Cirugía Bariátrica.

Igualmente, y previo informe de la «Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón», corresponderá a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento:

1. Actualizar los criterios de indicación de cirugía bariátrica, de selección de la técnica y vía de abordaje a utilizar y de prioridad para la intervención.

2. Resolver cuando existan dudas acerca de la indicación de cirugía bariátrica, de la prioridad para la realización de la intervención y de la indicación de cirugía plástica, estética y reparadora en pacientes intervenidos o a intervenir mediante cirugía bariátrica.

Artículo octavo: Previamente a la realización de intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica, los Servicios autorizados para ello deberán presentar al paciente para su conocimiento y firma el preceptivo documento de Consentimiento Informado.

Disposición transitoria única.—*Plazo de adaptación.*

Aquellos Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo que a la entrada en vigor de esta Orden estuviesen realizando ya intervenciones de Cirugía Bariátrica dispondrán de un plazo de seis meses para regularizar su situación, para lo que deberán solicitar las correspondientes autorizaciones conforme al procedimiento establecido.

Disposiciones finales.

Primera.—*Facultad de desarrollo.*

Se faculta a la Dirección General de Planificación y Aseguramiento y a los Servicios Provinciales de Salud y Consumo para la realización de cuantas Resoluciones sean necesarias para la aplicación de la presente Orden.

Segunda.—*Entrada en vigor.*

Los contenidos de esta Orden entrarán en vigor el día 1 de marzo de 2005.

En Zaragoza, a 24 de enero de 2005.

**La Consejera de Salud y Consumo,
LUISA MARIA NOENO CEAMANOS**

ANEXO 1

REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS SERVICIOS DE CIRUGIA PARA LA REALIZACION DE CIRUGIA BARIATRICA

La cirugía bariátrica requiere servicios clínicos bien entrenados con equipos multidisciplinares que aborden de manera individualizada todos los aspectos, tanto preoperatorios, como postoperatorios y de seguimiento a medio y largo plazo y con experiencia en los aspectos médicos, dietéticos, sociales y psicológicos que el cuidado de estos pacientes requiere, antes y después de la cirugía.

Los Servicios que deseen ser autorizados para la realización de cirugía bariátrica deberán acreditar con una Memoria Justificativa el cumplimiento de los requisitos que se exponen a continuación.

1. Equipo multidisciplinar.

El Centro acreditará que cuenta con la colaboración de los profesionales que se relacionan a continuación, a través de cualquiera de las formas de vinculación laboral o de prestación de servicios legalmente reconocidas:

- * Médico/s especialista/s en cirugía general y del aparato digestivo con experiencia y adecuado entrenamiento en la cirugía bariátrica y en técnicas laparoscópicas, en su caso.
- * Médico/s especialista/s en endocrinología y nutrición.
- * Médico/s especialista/s en psiquiatría.
- * Médico/s especialista/s en anestesia y reanimación.
- * Médico/s especialista/s en cuidados intensivos.
- * Psicólogo/s clínico/s.
- * Personal de enfermería.

2. Requisitos funcionales: Circuito perioperatorio definido.

El Servicio dispondrá de los documentos escritos siguientes:

- * Manual de organización y funcionamiento.
- * Definición de líneas de responsabilidad.
- * Protocolo de criterios de selección de pacientes.
- * Relación de los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo, incluyendo la descripción de la técnica quirúrgica, la vía de abordaje, tipo de anestesia y tiempo de duración previsto.
- * Protocolo de evaluación preoperatoria.
- * Protocolo evaluación y asistencia postoperatoria.
- * Historia clínica.
- * Consentimiento informado.
- * Hoja operatoria.
- * Hoja de órdenes médicas.
- * Libro registro de actividad quirúrgica.
- * Registro de complicaciones postoperatorias.
- * Informe al alta.
- * Hoja de estudio preanestésico.

3. Instalaciones y equipamiento material e instrumental adaptado a las necesidades del paciente obeso mórbido.

El Centro en el que se ubique el Servicio dispondrá de:

Consultas externas.

Es el área donde se presta asistencia en régimen ambulatorio para los pacientes que van a ser o han sido intervenidos quirúrgicamente en el Servicio. El mobiliario, en dimensiones y resistencia, deberá de ser capaz de soportar el elevado peso de estos pacientes, debiendo existir, además, medios de movilización y transporte adecuados.

Existirá un registro de todos los pacientes atendidos. Cualquier enfermo que sea atendido en la consulta externa debe tener su documentación clínica en la que se deben ir anotando las observaciones correspondientes. Esta documentación deberá incorporarse a la historia clínica del enfermo.

Cualquier enfermo sometido a intervención quirúrgica deberá ser revisado previamente en consulta preoperatoria según el protocolo establecido. Este protocolo quedará incorporado a la historia clínica. A todos los pacientes se les informará de las características de este tipo de cirugía, del tipo de intervención y riesgos inherentes a la misma y de la técnica anestésica a utilizar, debiéndose exigir el consentimiento del paciente por escrito, que también se incorporará a la historia clínica.

Preferentemente, estarán dotadas de básculas especiales.

Bloque quirúrgico.

Será compartido con el del hospital en el que esté integrado. Todo el equipamiento de la sala de operaciones debe ser capaz de atender las demandas que requieren los pacientes con obesidad mórbida: el utillaje y mobiliario de quirófano, en dimensiones y resistencia, debe ser capaz de soportar el elevado peso del paciente sin riesgo para su integridad, debiendo existir, además, medios de movilización y transporte adecuados, entre los que destacan la mesa quirúrgica adecuada y la grúa para la transferencia de la camilla de traslado a la

mesa quirúrgica. En el caso de que se realicen intervenciones por vía laparoscópica, deberá existir el equipamiento adecuado.

Área de internamiento.

Las habitaciones tendrán las características estructurales comunes a las del resto del hospital, pero el mobiliario, en dimensiones y resistencia, deberá de ser capaz de soportar el elevado peso de estos pacientes, debiendo existir, además, medios de movilización y transporte adecuados.

UCI

Los centros donde se realicen intervenciones de cirugía bariátrica deben disponer de UCI con el equipamiento habitual en este tipo de unidades. El mobiliario, en dimensiones y resistencia, deberá de ser capaz de soportar el elevado peso de estos pacientes, debiendo existir, además, medios de movilización y transporte adecuados, entre los que destacan la cama adecuada y la grúa para la movilización del paciente.

4. Experiencia en las técnicas para las que se solicita autorización.

A los cirujanos que trabajen en el Equipo se les exigirá:

- * Formación previa teórico-práctica.
- * Asistencia, en las primeras intervenciones, por parte de cirujanos experimentados.

En los cirujanos que trabajen en el Equipo se valorará:

- * La producción académica y la capacidad docente relacionadas con la cirugía bariátrica (comunicaciones, publicaciones, cursos, etc).
- * Ser miembros de sociedades nacionales o internacionales acreditadas en cirugía bariátrica.
- * Su participación en reuniones nacionales o internacionales sobre cirugía bariátrica.

5. Resultados adecuados en cuanto a seguridad y efectividad.

La aparición de complicaciones mayores, mortalidad y reintervenciones deberá encontrarse dentro de los límites considerados aceptables por la Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón.

ANEXO 2

INDICACIONES y CONTRAINDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN y CRITERIOS ORIENTATIVOS DE SELECCIÓN TÉCNICA QUIRÚRGICA, VÍA DE ABORDAJE y PRIORIDAD DE LA INTERVENCIÓN

1. Criterios de inclusión.

1.1 Requisitos previos

* Presentar un IMC > 40 ó IMC > 35 si existe morbilidad asociada importante, como las comorbilidades mayores de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) y otras: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular, dislipemia, diabetes mellitus tipo II, síndrome de apnea-hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS), síndrome de hipoventilación-obesidad (SHO), tromboembolismo pulmonar, insuficiencia respiratoria, osteoartropatía de extremidades de carga, esteatosis hepática y pancreatitis.

* Obesidad mórbida mantenida durante 5 años.

* Fracaso del tratamiento conservador supervisado (medidas dietéticas, incremento de ejercicio físico, modificación conductual y tratamiento psicológico). No es imprescindible en superobesos (IMC > 50) en los que puede indicarse directamente la intervención aunque no haya seguido tratamiento convencional previamente.

* Generalmente, de edad entre 18 y 60 años, aunque puede haber excepciones.

* Consentimiento informado, asunción de riesgo quirúrgico y compromiso de cumplir el seguimiento y controles postoperatorios que sean precisos.

1.2 Perfil psicológico y psiquiátrico del paciente idóneo
Preferentemente, los pacientes tendrán:

- * Adecuado nivel intelectual.
- * Capacidad de comprensión de la información que se le facilita.
- * Alta motivación, que facilite una buena adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.
- * Expectativas realistas y convicción de que la intervención «por sí sola» no adelgaza.
- * Expectativas realistas respecto a su vida posterior a la intervención.
- * Existencia de mecanismos de afrontamiento del estrés que no pasan por la ingesta.
- * Adecuado control de impulsos.
- * Adecuada capacidad de resolución de problemas y de adaptación al cambio.
- * Entorno familiar y social adecuado: valorar la dependencia del paciente respecto a su familia y la actitud de ésta ante la obesidad y la intervención.

2. Criterios de exclusión.

2.1 Absolutos

- * Historia de alcoholismo y otras drogodependencias.
- * Enfermedad psiquiátrica grave: psicosis.
- * Cirrosis.

2.2 Relativos

- * Niños y adolescentes (menores de 18 años). Puede haber excepciones, decidiéndose según riesgo respiratorio y cardiovascular, de acuerdo con Servicio de Pediatría.
- * Mayores de 60 años, aunque puede haber excepciones.
- * Entorno familiar desfavorable.
- * Personalidad patológica: esquizotímico, límite y paranoide.
- * Vómitos psicógenos.
- * Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- * Alcoholismo.
- * Bulimia.
- * Retraso mental.

3. Contraindicaciones.

Enfermedades graves con compromiso vital que no mejoran con la intervención y/o con malas expectativas de vida a corto plazo.

- * Insuficiencia cardíaca descompensada.
- * Insuficiencia respiratoria que no está controlada.
- * Insuficiencia hepática.
- * Neoplasia de pronóstico indeterminado.
- * Enfermedad inflamatoria intestinal (en algunos casos).

En los casos dudosos y cuando existan contraindicaciones y/o criterios de exclusión relativos, se evaluará en sesión clínica conjunta del equipo multidisciplinar la indicación quirúrgica, las pautas a seguir pre y postoperatoriamente y las medidas terapéuticas específicas.

4. Criterios de selección de la técnica.

Podrán utilizarse las diferentes técnicas de cirugía bariátrica existentes, pero, preferentemente, se utilizarán los siguientes criterios para su elección:

Técnicas restrictivas (preferentemente Banda gástrica ajustable)

- * En casos muy seleccionados (contraindicación técnica mixta, como paso previo a una técnica mixta, otros).

Técnicas mixtas.

- * By Pass Gástrico en Y de Roux (proximal y distal) y sus variantes

- * Derivación Biliopancreática (DBP) y sus variantes
- * Se recomienda especialmente en pacientes con mayor grado de obesidad (IMC > 50).

5. Criterios de elección de la vía de abordaje (cirugía abierta o laparoscopia)

Vía laparoscópica.

- * Técnicas restrictivas puras (Banda Gástrica Ajustable)

Vía laparoscópica/cirugía abierta.

- * By Ppass Gástrico en Y de Roux y sus variantes (1ª intervención)

- * By Pass Gástrico en Y de Roux y sus variantes (conversión)

- * Derivación Biliopancreática (Scopinaro) y sus variantes (1ª intervención)

- * Derivación Biliopancreática (Scopinaro) y sus variantes (conversión)

6. Criterios de prioridad para la intervención.

Dada la demanda creciente de este tipo de cirugía, con el consiguiente alargamiento en los tiempos de espera, una vez establecida la indicación quirúrgica, el equipo multidisciplinar priorizará la intervención de los pacientes más graves o con mayor discapacidad, utilizando para ello los siguientes criterios:

- * La necesidad y el beneficio esperado, con valoración de:
- * Grado de obesidad: valoración directamente proporcional.
- * La comorbilidad: valoración directamente proporcional.
- * Edad: valoración inversamente proporcional.
- * La incapacidad existente: valoración directamente proporcional.
- * Tiempo en lista de espera.

ANEXO 3

PROTOCOLOS DE ACTUACION Y DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

1. Protocolo de evaluación preoperatoria.

1.1 Historia clínica.

- * Identificación del centro o unidad.
- * Identificación del médico responsable.
- * Datos de identificación del paciente:

Nombre y apellidos.

DNI.

Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), en su caso.

Nº de historia clínica.

Fecha de nacimiento.

Sexo.

Domicilio habitual.

Teléfono de contacto.

- * Datos referentes al proceso asistencial:

Diagnóstico principal.

Otros diagnósticos.

Procedimiento quirúrgico principal que se realiza.

Otros procedimientos relevantes.

Hora de finalización de la intervención.

Tipo de anestesia utilizada.

Circunstancias del alta.

- * En caso de traslado a otro centro, identificación del mismo.

A la historia clínica se irá incorporando la documentación clínica del paciente: registro del episodio de ingreso, informe de evaluación psicológica/psiquiátrica, hoja evaluación preoperatoria, preoperatorio inmediato, compromiso del paciente de continuar las indicaciones de control postoperatorio, consentimiento informado, hoja de evaluación anestésica (pre y postoperatoria), hoja operatoria con datos extraídos del libro registro de actividad quirúrgica, hoja de evaluación postoperatoria, hoja de órdenes médicas e informe de alta.

1.2 Registro de episodio de ingreso.

- * Anamnesis y exploración física.
- * Medidas antropométricas: peso, talla, IMC.
- * Presencia de morbilidad asociada: HTA, cardiopatía, dislipemia, DM tipo II, SAHOS/SHO, osteoartropatía grave, colestiasis, infertilidad, otras.
- * Medicación habitual.
- * Alergias.
- * Antecedentes anestésicos y quirúrgicos.

1.3 Pruebas complementarias.

* Perfil analítico y preoperatorio:

Hemograma.

Perfil bioquímico, incluyendo principales determinaciones electrolíticas.

Pruebas de coagulación: tiempo de protrombina y de tromboplastina parcial.

Determinación de hierro, ferritina y transferrina, en caso de anemia importante.

Glucemia basal. En caso de diabetes descompensada, curva de glucemia e insulinemia.

Perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicéridos).

Perfil renal, incluyendo uratos.

Perfil hepático.

Determinaciones hormonales: TSH, T₃, T₄ y PTH.

Determinación de Cortisol plasmático basal y tras estimulación con dexametasona.

* Analítica de orina.

* Rx de tórax.

* Electrocardiograma.

* Gasometría y pruebas funcionales respiratorias.

* Ecografía hepatobiliar.

* Gastroscopia opcional en caso de que la técnica incluya la exclusión gástrica.

1.4 Interconsultas

En función de las características del paciente puede ser necesario realizar interconsultas a otras especialidades para valorar función y mejorar el tratamiento.

1.5 Consejos generales.

* Abstinencia de tabaco al menos 2 meses antes de la intervención.

* Suspensión de antiagregantes y anticoagulantes según pauta.

* Fisioterapia respiratoria de una semana a un mes antes de la intervención.

* Ajuste del tratamiento y control de enfermedades asociadas.

1.6 Instrucciones preoperatorias escritas.

* Reducción de ingesta de alimentos y líquidos.

* Notificación de tratamientos farmacológicos previos.

* Notificación de cambios en el estado físico.

* Prescripción de medicación preoperatoria, etc.

1.7 Consentimiento informado y compromiso del paciente de continuar las indicaciones de control post-operatorio.

Completado el preoperatorio se informará al paciente de diversas cuestiones acerca de su enfermedad, de las características de la cirugía bariátrica y de sus repercusiones en sus hábitos de vida que, mínimamente, incluirá la relativa a las siguientes cuestiones:

* Qué es la obesidad y sus diferentes grados. Qué es la obesidad mórbida.

* Patologías asociadas más frecuentemente a la obesidad mórbida.

* Qué es la cirugía bariátrica.

* Técnicas de cirugía bariátrica más frecuentemente utilizadas con sus ventajas e inconvenientes más importantes.

* Las posibles vías de abordaje para realizar la intervención quirúrgica con sus principales ventajas e inconvenientes.

* Requisitos básicos para ser candidato a cirugía bariátrica.

* Resultados estimados de la intervención y sus posibles riesgos, efectos secundarios y complicaciones, incluida la mortalidad postquirúrgica.

* Alteraciones anatómicas del aparato digestivo tras la intervención y sus posibles consecuencias.

* Repercusiones que pueda tener en sus hábitos y la importancia de su implicación en el cambio de estilo de vida que se requiere.

* Tipo y características de la alimentación que deberá llevar tras la cirugía.

* Características del seguimiento postoperatorio, con consultas de seguimiento de por vida.

Tras recibir y comprender esta información, el paciente firmará el consentimiento informado y el compromiso a colaborar con el seguimiento indefinido, los controles y la modificación de sus hábitos de vida.

1.8 Preoperatorio inmediato

* Actualizar parámetros antropométricos, constantes y analíticas.

* Profilaxis antitromboembólica.

* Profilaxis antibiótica según pauta.

* Profilaxis de broncoaspiración ácida.

2. Hoja operatoria-Libro registro de actividad quirúrgica.

* Fecha.

* Filiación del paciente (nombre, edad, sexo).

* Tipo de intervención, incluyendo descripción de técnica quirúrgica y vía de abordaje.

Banda gástrica ajustable («banding»)	Con laparoscopia.	
By-pass gástrico en Y de Roux y sus variantes.	Con laparoscopia.	
	Sin laparoscopia.	
Derivación biliopancreática (Scopinaro) y sus variantes.	Con laparoscopia.	
	Sin laparoscopia.	

* Características de la técnica y/o procedimiento

Reservorio gástrico:

Asa alimentaria: cm

Asa común: cm

* Procedimientos asociados

Colecistectomía	
Herniorrafia	
Eventroplastia	
Parietoplastia profiláctica	
Esplenectomía	
Adhesiolisis	
Otros	

* Tipo de anestesia utilizada.

* Tiempo de duración.

* Identificación equipo que realiza la intervención: cirujano, anestesista, personal de enfermería.

* Posibles incidencias.

3. Protocolo de evaluación y asistencia postoperatoria inmediata.

Acabada la intervención, el anestesista decidirá si el enfermo precisa o no la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

* Tipo de cuidados y periodicidad con la que tiene que producirse.

* Tratamiento farmacológico completo.

* Sueroterapia.

* Profilaxis ETV.

* Profilaxis antibiótica.

* Analgesia oral: fármaco, vía de administración y periodicidad.

* Dieta.

* Cuidados higiénicos y posturales.

* Curas.

* Signos de alarma y actuación en cada caso.

4. Informe de alta.

En el caso de que, tras la intervención quirúrgica, el paciente deba estar en la UCI, cuando pase a planta ese servicio deberá hacer el correspondiente Informe de Alta.

Cuando el paciente abandone el Servicio de cirugía bariátrica recibirá un informe de alta en el que figure información del diagnóstico, procedimiento practicado, cuidados y tratamiento postoperatorios, consejos relativos al estilo de vida que tiene que llevar a partir de la intervención (cambio de hábitos alimentarios, hábitos saludables a potenciar y hábitos a abandonar, aumento de la actividad física, etc), control del peso, así como las visitas de revisión y seguimiento que debe efectuar (controles analíticos, estado psicológico, control de patología asociada, etc).

5. Registro de seguimiento a medio y largo plazo.

Un resultado quirúrgico adecuado no garantiza el resultado favorable a largo plazo. Es importante el seguimiento a largo plazo porque el tratamiento continúa con otras medidas: cambio de hábitos alimentarios, incluyendo su adaptación a la nueva dieta y al aumento de la actividad física.

* Control de la evolución del peso: IMC y %SPP (% de sobrepeso perdido).

* Controles del estado nutricional y metabólico (anemia, déficits vitamínicos y proteicos...)

* Control del estado de ánimo y otros aspectos psicológicos.

* Control de morbilidades asociadas y/o necesidad de reintervención.

* Valorar conveniencia de otras pruebas complementarias (gastroscopia, contraste, ecografía, etc).

Seguimiento al: 1º mes, 3º mes, 6º mes, 1º año, 18 mes, 2º año, 3º año, 4º año y 5º año. Luego a criterio facultativo.

6. Registro de complicaciones postoperatorias.

La cirugía bariátrica es una técnica quirúrgica de alto riesgo, por lo que, aunque globalmente es bien tolerada, las complicaciones que puede presentar son numerosas. Por ello es aconsejable el seguimiento estrecho postquirúrgico de estos pacientes por un equipo multidisciplinar. Al menos deberá registrarse las siguientes complicaciones:

1.—Complicaciones relacionadas con la cirugía

* Eventración.

* Dehiscencia de sutura.

* Hemorragia que precisa transfusión.

* Infección de herida quirúrgica.

* Absceso intrabdominal.

* Peritonitis.

* Perforación gástrica.

* Oclusión intestinal.

* Otras

2.—Complicaciones médicas

* Neumonía / Insuficiencia respiratoria.

* Tromboembolismo pulmonar.

* Otras complicaciones respiratorias.

* Trastornos depresivos.

* Trombosis venosa profunda.

* Otras.

3.—Complicaciones de evolución

* Posibles deficiencias de nutrientes, sobre todo tiamina, vitamina B12, folatos y hierro.

* Esteatorrea.

* Malnutrición por malabsorciónm protéica.

* Dehiscencia.

* Estenosis.

* Síndrome de dumping.

* Otras.

4.—Reintervención.

Como consecuencia del fracaso total o parcial de la intervención (reversión, conversión, alargamiento del asa) o de las complicaciones (eventroplastia, hernioplastia, colecistectomía, resección intestinal, otras).

5.—Mortalidad postoperatoria.

Mortalidad originada por complicaciones relacionadas directamente con la intervención quirúrgica que se produce en un plazo de un mes desde que ésta se efectúa.

6. Reingresos

Ingresos diferentes al del ingreso hospitalario motivado por la intervención quirúrgica y debidos a complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica, surgidas tras el alta hospitalaria.

DEPARTAMENTO DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

246

DECRETO 6/2005, de 11 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se crea la Escuela de Educación Infantil de Primer Ciclo de Tierz (Huesca).

El artículo 36.1 del Estatuto de Autonomía de Aragón atribuye a la Comunidad Autónoma la competencia de desarrollo legislativo y ejecución de la enseñanza en toda su extensión, niveles y grados, modalidades y especialidades.

El Real Decreto 1982/1998, de 18 de septiembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Aragón, transfiere, entre otras, las competencias en materia de creación de los centros públicos de educación no universitaria.

A propuesta del Ayuntamiento de Tierz, se inició expediente para la creación una Escuela de Educación Infantil de Primer Ciclo.

El expediente se ha tramitado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación; el Real Decreto 2274/1993 de 22 de diciembre, de cooperación de las Corporaciones Locales con el Ministerio de Educación y Ciencia; el Real Decreto 82/1996 de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil y los Colegios de Educación Primaria, y la Orden de 18 de abril de 2001, del Departamento de Educación y Ciencia, que desarrolla la disposición adicional cuarta del R.D. 1004/1991, 14 de junio, en Centros y Escuelas de Educación Infantil de Primer Ciclo en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Cumplidos los trámites establecidos, firmado con fecha 26 de noviembre de 2004 convenio de creación, entre el Departamento de Educación, Cultura y Deporte, y el Ayuntamiento de Tierz, exigido por el artículo 2.3 c) del Real Decreto 82/1996, y previos los informes favorables, procede la creación de la Escuela de Educación Infantil de Primer Ciclo de Tierz, de titularidad municipal.

En su virtud y de acuerdo con el artículo 17 de la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, Reguladora del Derecho a la Educación y con el texto refundido de la Ley del Presidente y