

Instrucció 06/2022

Model d'ordenació del procés quirúrgic als pacients adults tractats per obesitat greu

Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut)

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)

Índex

1. Exposició de motius
 2. Àmbit d'aplicació
 3. Objecte
 4. Tipologia i complexitat en la cirurgia bariàtrica
 5. Model assistencial i organitzatiu. Centres hospitalaris o unitats de proximitat i centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica
 - 5.1. Centres o unitats hospitalaris de proximitat per a cirurgia bariàtrica
 - 5.2. Centres o unitats hospitalaris de referència per a cirurgia bariàtrica
 - 5.3. Orientacions en la relació entre centres o unitats hospitalaris de proximitat i de referència
 6. Sectorització territorial
 7. Implantació, coordinació i seguiment
 8. Avaluació
 9. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut
 10. Disposició transitòria
 11. Entrada en vigor
- Annex I. Tipologia o complexitat en la cirurgia bariàtrica. Criteris
- Annex II. Perfil de pacients d'alt risc o requeriments d'atenció específics
- Annex III. Procediments primaris habituals de cirurgia bariàtrica
- Annex IV. Requisits per als centres o unitats de cirurgia bariàtrica bàsica
- Annex V. Requisits per als centres o unitats de cirurgia bariàtrica complexa
- Annex VI. Ordenació de la cirurgia bariàtrica. Centres hospitalaris o unitats de proximitat i centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica i la seva sectorització

1. Exposició de motius

I. El sobrepès i l'obesitat es defineixen com un excés de pes corporal, produït per un augment de les reserves de greix per sobre del considerat normal, en funció de les característiques individuals (altura, corpulència, edat i sexe). Per calcular si una persona té un pes saludable, sobrepès o obesitat, s'utilitza l'índex de la massa corporal (IMC). Segons els resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2020, el 17,0% de la població de 18 a 74 anys és obesa (IMC ≥ 30 kg/m², sense diferències significatives entre homes i dones).

Des del 2010 i fins al 2014, la tendència de l'obesitat va ser creixent i a partir d'aquest any es va mantenir estable fins al 2018; a partir del 2019, torna a mostrar una tendència a augmentar, més sostingudament en les dones. Tant l'obesitat com el sobrepès augmenten amb l'edat així com en les persones de la classe menys afavorida i les persones amb estudis primaris o sense estudis, tant en homes com en dones, però sobretot en dones.

L'excés de pes augmenta el risc de patir malalties cardiovasculars, diabetis, trastorns de l'aparell locomotor i alguns tipus de càncer, entre altres problemes de salut, i pot arribar a produir discapacitat.

II. Des del punt de la prevenció, hi ha dues mesures bàsiques per evitar l'excés de pes: el manteniment d'una alimentació saludable i la pràctica regular d'activitat física. Des de fa temps, a Catalunya, es porten a terme programes comunitaris de promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable, per promoure la salut i fer prevenció i control de l'obesitat. El tractament de l'obesitat ha de ser integral, multifactorial i multidisciplinari, amb l'objectiu d'assolir i mantenir un pes saludable. Pèrdues de pes moderades en un període de temps raonable milloren i controlen l'aparició d'altres malalties (comorbiditats) associades amb l'obesitat. A nivell individual, el tractament bàsic de l'obesitat inclou: a) els canvis en els hàbits alimentaris, que inclouen potenciar la dieta mediterrània, disminuir la quantitat de calories ingerides, triar aliments més saludables, limitar els aliments més calòrics i planificar els àpats, i b) l'augment d'activitat física, amb dues estratègies complementàries: reduir el sedentarisme i realitzar exercici físic de forma programada i regular. Complementàriament, el tractament farmacològic té el seu lloc, amb l'objectiu d'ajudar a l'adherència als canvis d'estil de vida i induir i mantenir la pèrdua de pes.

Hi ha un ampli acord en què el terme obesitat greu correspon a l'obesitat igual o superior a un IMC ≥ 35 kg/m² i és una patologia crònica de causa no ben coneguda. Tot i que la millora de l'estil de vida és la base del tractament de l'obesitat greu, la cirurgia bariàtrica és una opció terapèutica reconeguda, encara que cal destacar que una part de les persones intervingudes presenta una pèrdua de pes insuficient després de la cirurgia bariàtrica degut al caràcter no curatiu de la cirurgia i la importància del manteniment de les conductes saludables.

III. A Catalunya, el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) ha realitzat un nombre creixent de cirurgies bariàtriques en els últims anys, que se situa al voltant dels 1.300 procediments anuals durant els tres últims anys. Malgrat aquest augment d'activitat, existeix certa variabilitat en el temps mitjà d'espera en els diferents territoris.

IV. El Servei Català de la Salut (CatSalut), de forma conjunta amb professionals de cirurgia, d'endocrinologia, representants de la Societat Catalana de Cirurgia i de la Societat Catalana de Cirurgia Plàstica Reparadora i Estètica i de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS), ha estat revisant les indicacions de la cirurgia bariàtrica, els nivells de complexitat d'aquest tipus de cirurgia, així com els requeriments necessaris per a la realització

d'aquests procediments (bàsics i complexos) inclòs el volum mínim recomanable per als procediments tant a nivell de centre com a nivell de cirurgia¹.

V. Es fa necessari revisar el model d'atenció i d'organització i establir una nova ordenació d'aquest tipus d'atenció i de quan s'utilitza aquesta opció terapèutica, amb la finalitat d'obtenir els millors resultats de l'atenció i de salut, tenint en compte l'optimització dels recursos. Es considera necessari donar una resposta òptima, en termes de resolució i qualitat, tenint en compte els criteris de proximitat territorial i complexitat assistencial de cada cas, de forma que s'aconsegueixi una alta qualitat i equitat en l'accés i en els resultats en el si de tot el SISCAT.

Així mateix, ateses, d'una banda, les característiques de l'atenció i el nivell de complexitat requerit i, de l'altra, la necessitat de facilitar la màxima equitat en l'accés (temps mitjà d'espera) de les persones afectades als centres, cal determinar la sectorització territorial dels dispositius assistencials, de forma que s'optimitzin els recursos i s'ordenin els corresponents fluxos dels pacients.

VI. Tenint en compte la planificació sanitària del Departament de Salut, és un dels eixos fonamentals de la política de Govern i té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'equitat, eficiència i qualitat dels serveis d'atenció sanitària.

D'acord amb la proposta de la Direcció General de Planificació en Salut, en virtut de les competències que li són conferides per l'article 92 del Decret 129/2022, de 28 de juny, de reestructuració del Departament de Salut.

Atès l'article 6.1.c) de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que estableix la finalitat del CatSalut de la coordinació de tot el dispositiu sanitari públic i de cobertura pública i la millor utilització dels recursos disponibles, i l'article 7.1 f), que preveu la funció d'establir directrius generals i criteris d'actuació vinculants quant als centres, serveis i establiments adscrits funcionalment al Servei Català de la Salut, pel que fa a la seva coordinació amb el dispositiu sanitari públic.

D'acord amb l'article 11 del Decret 118/2014, de 5 d'agost, sobre la contractació i prestació dels serveis sanitaris amb càrrec al Servei Català de la Salut, que preveu les instruccions del Servei Català de la Salut i que estableix que les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions que el Servei Català de la Salut dicti en el marc de les seves competències.

D'acord amb la consellera de Salut, i en exercici de les facultats que m'atorguen els articles 16 i 17 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, dicto aquesta Instrucció.

¹Estrada MD, Lacy A, Balibrea J, Vidal J, Moreno P, Castillo D, et al. Proposta sobre l'ordenació de la cirurgia bariàtrica en població adulta als hospitals públics de Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2021. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5997>.

2. Àmbit d'aplicació

Servei Català de la Salut (CatSalut).

Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

3. Objecte

Aquesta Instrucció té per objecte establir:

1. L'ordenació i el model organitzatiu d'atenció a les persones adultes tributàries a cirurgia bariàtrica.
2. Les unitats i el seu nivell per a la cirurgia bariàtrica dins del SISCAT, als efectes de la contractació i compra de serveis per part del CatSalut.
3. La sectorització territorial que ordeni els fluxos de pacients, de tal manera que en funció del lloc on resideixin siguin referenciats als centres corresponents.

Les previsions d'aquesta Instrucció no tenen caràcter clínic, sinó exclusivament un caràcter organitzatiu i d'ordenació del corresponent model d'atenció en el si del CatSalut.

4. Tipologia i complexitat en la cirurgia bariàtrica

Per cirurgia bariàtrica s'entén el conjunt de procediments quirúrgics que faciliten la pèrdua de pes.

La cirurgia bariàtrica es realitza seguint dos tipus d'objectius: reduir la ingesta o bé reduir la capacitat d'absorció. En conseqüència, hi ha tècniques restrictives, malabsortives o mixtes (si combinen els dos tipus de procediments).

La finalitat última és corregir o controlar la patologia associada a l'obesitat greu i millorar la qualitat de vida de la persona.

L'annex I recull la tipologia de processos de cirurgia bariàtrica, segons criteris de complexitat i de temporalitat.

L'annex II recull les característiques associades al perfil de pacients d'alt risc.

L'annex III recull els procediments primaris habituals en cirurgia bariàtrica.

5. Model assistencial i organitzatiu. Centres hospitalaris o unitats de proximitat i centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica

L'atenció sanitària en el procés de cirurgia bariàtrica ha de ser efectuada d'una forma multidisciplinària (fonamentalment, es recomana que hi intervinguin professionals d'endocrinologia, dietètica i nutrició, cirurgia, anestesiologia, psicologia i psiquiatria, infermeria) integrada i coordinada, i, així mateix, cal optimitzar els mitjans disponibles, concentrar l'expertesa i afavorir la transferència de coneixement i el procés d'innovació en el si del model i l'accessibilitat als protocols clínics.

Com s'expressa a l'exposició de motius, la millora de l'estil de vida és la base del tractament de l'obesitat greu.

La cirurgia bariàtrica és una opció terapèutica reconeguda.

En el document Proposta sobre l'ordenació de la cirurgia bariàtrica als hospitals públics de Catalunya¹, elaborat de forma conjunta i consensuat pel CatSalut, professionals de cirurgia i endocrinologia, representants de la Societat Catalana de Cirurgia i de la Societat Catalana de Cirurgia Plàstica Reparadora i Estètica, i l'AQUAS, es recull la revisió de les indicacions de la cirurgia bariàtrica i la tipologia de cirurgia esmentada.

Sobre la base d'aquest document, s'estableixen dos nivells de centres o unitats de cirurgia bariàtrica:

- centres hospitalaris o unitats de proximitat per a la cirurgia bariàtrica, i
- centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica.

5.1. Centres o unitats hospitalaris de proximitat per a cirurgia bariàtrica

Amb caràcter general, cal considerar que el centre hospitalari de proximitat és responsable de l'atenció, el tractament i el seguiment dels pacients de cirurgia bariàtrica quan es tracta de pacients sotmesos a cirurgia bariàtrica bàsica, és a dir, grups 1 i 2 de la classificació de complexitat de l'annex I.

Els requisits i criteris que han de complir els centres o les unitats hospitalàries de proximitat per cirurgia bariàtrica bàsica són els que consten a l'annex IV.

En els supòsits ja enunciats de casos o pacients amb cirurgia complexa –referits a l'apartat 4 i que es recullen als annexos I i II–, el centre hospitalari de proximitat ha de derivar el pacient al corresponent centre o unitat de referència en cirurgia bariàtrica per al tractament més apropiat.

Aquest model també comporta que els centres hospitalaris de referència i els hospitals de proximitat vinculats hagin establert un acord formal de cooperació que delimiti els circuits de tramesa de pacients, les responsabilitats compartides i els compromisos en temps de derivació i tractament. Els acords de col·laboració han de complir els criteris i requeriments del CatSalut i requereixen la seva conformitat.

Es reconeix la possibilitat d'una col·laboració o aliança entre dos centres per poder realitzar cirurgia bariàtrica bàsica (no complexa). Aquesta fórmula organitzativa requereix l'elaboració d'un pla funcional que ha de complir els criteris i requeriments del CatSalut i que ha de comptar amb la seva aprovació.

El pla funcional ha d'incloure, com a mínim:

- La descripció de l'organització i les funcions de la unitat de proximitat integrada per als centres hospitalaris, i específicament on es realitza l'activitat quirúrgica.
- La persona responsable o coordinadora que exerceix les funcions gestores, organitzatives i de comunicació o interlocució amb el CatSalut i el SISCAT, així com la relació de professionals adscrits a la unitat.

- La justificació del compliment dels requisits per als centres o unitats de cirurgia bàsica de l'annex IV.

5.2. Centres o unitats hospitalaris de referència per a cirurgia bariàtrica

Amb caràcter general, cal considerar que el centre hospitalari de referència és responsable de l'atenció, el tractament i el seguiment dels pacients de cirurgia bariàtrica quan es tracta de pacients sotmesos a cirurgia bariàtrica complexa, és a dir, dels grups 3, 4 i 5 de la classificació de complexitat de l'annex I.

Aquest model derivat de la concentració, definició de nivells assistencials i expertesa té un impacte en la reordenació de serveis sanitaris, cosa que comporta redissenyar, adaptar i configurar els centres de referència pel que fa a la cirurgia bariàtrica amb una orientació explícita que ha d'implicar el compliment dels requeriments que consten a l'annex V, requeriments dels centres o unitats de referència per a cirurgia bariàtrica.

Els centres i unitats de referència en cirurgia bariàtrica actuen com a centre o unitat de proximitat per a la població, d'acord amb la sectorització territorial que s'estableix en aquesta Instrucció.

Els centres hospitalaris o unitats de proximitat i els centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica queden establerts a l'annex VI.

5.3. Orientacions en la relació entre centres o unitats hospitalaris de proximitat i de referència

Els centres o unitats hospitalaris de referència han d'establir relacions amb els centres de proximitat, i realitzar les accions següents:

- garantir i facilitar el procés de transferència del coneixement, de la innovació i de l'accessibilitat als protocols clínics;
- assessorar i dur a terme la consultoria, el suport i la resolució de consultes, el registre, la documentació i informació clínica, així com els protocols de derivació de pacients als referits centres, i
- dur a terme el lideratge en la xarxa d'atenció.

6. Sectorització territorial

La sectorització territorial ha de facilitar l'ordenació dels fluxos seguint els criteris de complexitat de l'atenció als pacients i el nivell assistencial adequat.

La sectorització territorial de la cirurgia bariàtrica bàsica i complexa queda establerta en els centres hospitalaris o unitats de proximitat i centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica a l'annex VI.

7. Implantació, coordinació i seguiment

La Direcció de l'Àrea Assistencial del CatSalut i les gerències de les regions sanitàries han de dur a terme les corresponents actuacions d'implantació, coordinació i seguiment.

Les regions sanitàries han de vetllar per la correcta implantació d'aquesta Instrucció en els respectius àmbits territorials i han de portar a terme el seguiment dels fluxos de pacients.

8. Avaluació

El CatSalut porta a terme el seguiment i l'avaluació de la reordenació basant-se en l'anàlisi de l'activitat i l'avaluació dels resultats. Amb aquesta finalitat, el CatSalut pot realitzar auditories clíniques, si és el cas.

9. Verificació dels requisits d'assegurament, de residència i de cobertura pel CatSalut

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris i els centres sanitaris i hospitalaris han de verificar el compliment dels requisits d'assegurament, residència i cobertura pel CatSalut.

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de fer la verificació de l'ens responsable de l'atenció i l'acreditació de la responsabilitat i l'atenció a càrrec del CatSalut que ve determinada per una validació del nivell de cobertura dels assegurats del CatSalut, i complir els requeriments específics que estableix el CatSalut per a la seva facturació.

En cas de persones no residents a Catalunya, cal que es compleixi el que estableix el Reial decret 1207/2006, de 20 d'octubre, pel qual es regula la gestió del Fons de cohesió sanitària i normativa de desenvolupament, així com el que preveu la Instrucció 02/2011 del CatSalut, Fons de cohesió sanitària. Assistència a persones residents derivades entre comunitats autònomes. Sistema d'informació del Fons de cohesió sanitària.

En cas de persones no residents a Espanya, és d'aplicació el Reial decret 81/2014, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen normes per garantir l'assistència sanitària transfronterera, i pel qual es modifica el Reial decret 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació d'acord amb la Directiva 2011/24/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 9 de març de 2011, relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera, i d'acord amb la Directiva d'execució 2012/52/UE de la Comissió, de 20 de desembre de 2012, per la qual s'estableixen mesures per facilitar el reconeixement de les receptes mèdiques prescrites a un altre estat membre amb objecte d'establir les normes per facilitar l'accés a una assistència sanitària transfronterera segura i d'alta qualitat, així com promoure la cooperació en matèria d'assistència sanitària entre Espanya i la resta d'estats membres de la Unió Europea.

Les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les previsions de la Instrucció 04/2013 del CatSalut, Actuacions amb relació a la protecció de l'assegurament i la responsabilitat de l'atenció sanitària a càrrec del CatSalut.

El CatSalut no es fa càrrec de les prestacions de les quals no és responsable o respecte de les quals hi ha un responsable. En aquests casos, la seva facturació s'ha de fer a la persona com a atenció privada o bé directament a l'ens que en sigui responsable.

En qualsevol cas, les entitats proveïdores de serveis sanitaris han de complir les instruccions del CatSalut que estableixin previsions sobre accés, cobertura i responsabilitat en l'assegurament.

10. Disposició transitòria

Per tal de facilitar la correcta gestió i ordenació dels fluxos d'atenció d'acord amb les indicacions de les regions sanitàries, així com per poder formalitzar els acords previstos en aquesta Instrucció, les actuacions previstes en aquesta Instrucció s'han d'implantar en un termini màxim de tres mesos des de la seva entrada en vigor.

11. Entrada en vigor

Aquesta Instrucció entra en vigor el dia 28 de juliol de 2022.

Signada digitalment en data 28 de juliol de 2022

Gemma Craywinckel Martí
Directora

Annex I. Tipologia o complexitat en la cirurgia bariàtrica. Criteris

Criteri temporal

Atenent a un criteri temporal, es poden distingir:

- a) Els procediments primaris. Es tracta de la primera cirurgia realitzada i a l'annex III s'indica la relació de procediments més habituals.
- b) La cirurgia revisional. Es consideren procediments posteriors i de revisió, i s'hi inclouen:
 - Correcció: canvi o millora de qualsevol anomalia anatòmica i/o funcional sense variar el procediment de cirurgia bariàtrica realitzat inicialment.
 - Conversió: canvi d'un procediment dut a terme prèviament a un altre.
 - Reversió: reconstitució a anatomia normal des de qualsevol procediment bariàtric previ.

Criteri de complexitat tècnica i característiques personals del pacient

Atenent al criteri de complexitat tècnica i a les característiques personals del pacient, s'estableixen cinc nivells de complexitat del procés:

1. **Casos primaris simples:** obesitats amb indicacions clàssiques ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$; $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ en presència d'una o més comorbiditats) i sense alt risc quirúrgic, ni IMC extrems en el moment de l'operació ($\geq 50 \text{ kg/m}^2$) o que requereixin d'intervencionisme previ (exemple: baló gàstric preoperatori).
2. **Casos amb cirurgia revisional de baixa complexitat:** conversions per malaltia del reflux gastroesofàgic (RGE) i correccions anatòmiques simples (retirada de banda sense cap altre procediment; reducció d'hèrnia hiatal). S'exclouen per definició els reguanyes i les pèrdues insuficients de pes.
3. **Casos primaris complexos** per comorbiditats especials, alt risc quirúrgic, IMC extrem ($\geq 50 \text{ kg/m}^2$) o alteracions anatòmiques (explicitats a l'annex II). S'inclouen en aquest grup els casos en què la tècnica d'elecció sigui el SADI-S o l'encreuament duodenal. Si entenem que la cirurgia seqüencial inclou una de les dues tècniques anteriors (SADI-S o encreuament duodenal), també s'ha de considerar un procediment d'alta complexitat (annex III).
4. **Casos amb cirurgia revisional d'alta complexitat:** conversions per qualsevol altre motiu (inclosa la pèrdua de pes insuficient o recuperació excessiva de pes o la persistència de comorbiditats), reversions (exemple: per malnutrició o hipoglucèmia), cirurgies obertes prèvies que incloguin una laparotomia mitjana supraumbilical i infraumbilical, complicacions cròniques.
5. **Atenció a les complicacions** que requereixen radiologia intervencionista o endoscòpia avançada.

Finalment, es consideren a efectes d'aquesta Instrucció:

- Casos o pacients amb cirurgia bàsica, els inclosos als grups 1 i 2 de la classificació anterior.
- Casos o pacients amb cirurgia complexa, els inclosos als grups 3, 4 i 5 de la classificació anterior.

Annex II. Perfil de pacients d'alt risc o requeriments d'atenció específics

Existeixen persones amb un perfil d'alt risc que han de ser intervinguts als centres hospitalaris on es realitzi la cirurgia bariàtrica de major complexitat. Les circumstàncies que requereixen especial atenció són:

- Edats extremes (adolescents; persones majors de 65 anys).
- IMC superior a 50 kg/m².
- Múltiples intervencions abdominals prèvies per via oberta.
- Cirurgia bariàtrica oberta prèvia.
- Necessitat d'immunosupressors o d'altra medicació que pot alterar un curs postoperatori normal.
- Valoració preoperatòria: (ASA) > 3; Classificació de l'*American Society of Anesthesiologists*.
- Insuficiència renal terminal amb necessitat de diàlisi.
- Trastorns greus de la coagulació (excloent-ne els que es considerin contraindicació absoluta).
- Trastorns digestius que puguin limitar l'absorció: malaltia inflamatòria intestinal, celiaquia, etc.
- Pacients amb requeriments especials perquè presenten un risc més elevat de descompensació psiquiàtrica o bé presència de patologia psiquiàtrica *de novo*.

Annex III. Procediments primaris habituals de cirurgia bariàtrica

Els procediments primaris habituals de cirurgia bariàtrica considerats són els següents:

- Gastrectomia vertical, tubular o en manegot (Sleeve gàstric).
- *Bypass* gàstric (inclou distal).
- *Bypass* gàstric d'una anastomosi (OAGBP-BAGUA).
- Banda gàstrica ajustable (BGA): és una tècnica residual degut als pocs resultats que s'obtenen.
- Encreuament duodenal (es considera una tècnica complexa).
- Derivació (*bypass*) duodenoileal en una anastomosi més gastrectomia vertical (SADI-S) (es considera una tècnica complexa).
- Cirurgia seqüencial en cas de persona amb un IMC superior o igual a 50 kg/m².

Cal dir que el baló gàstric és un procediment que l'evidència mostra que no és adequat i que, per tant, no està inclòs a la cartera de serveis.

Annex IV. Requisits per als centres o unitats de cirurgia bariàtrica bàsica

Els requisits per realitzar cirurgia bariàtrica són:

- Tenir l'autorització de centre sanitari en vigor de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS).
- Acreditar el compromís de complir l'activitat clínica mínima exigida.
- Realitzar un registre correcte de l'activitat segons el consens (CMBD-HA).
- Disposar de protocols clínics consensuats intrahospitalaris i rutes clíniques amb atenció primària i comunitària.

Els requisits que han de complir els centres hospitalaris on es realitzi cirurgia bariàtrica bàsica (no complexa) són:

- Acreditar que s'hi duu a terme un nombre mínim de 40 procediments anuals no complexos.
- D'aquests 40 procediments, 20 han de ser per cirurgia.
- Disposar dels recursos diagnosticoterapèutics i de suport adequats per al procés assistencial de cirurgia bariàtrica. Per exemple, sala d'operacions amb disposició de taula per a pacients amb obesitat, unitats d'hospitalització amb llits adaptats, etc.
- Disposar dels serveis i/o professionals de cirurgia general i/o digestiva, endocrinologia i nutrició, dietètica, anestesiologia, radiologia (digestiva i tomografia computeritzades [TC]) psiquiatria, cardiologia, pneumologia, unitat de cures intensives, consultes externes, que han de treballar com a equip multidisciplinari per oferir una atenció integral al pacient.
- Disposar d'endoscòpia digestiva 24 hores / 7 dies (presencial o localitzable).
- Garantir la cirurgia plàstica per extirpar l'excés de pell i/o penjolls posterior a la cirurgia bariàtrica quan correspongui, amb mitjans propis o amb col·laboració amb altres centres del territori.
- Un mínim de dos cirurgians amb competència acreditada.

Nota aclaridora / especificacions per interpretar els criteris d'acreditació dels professionals en cirurgia bariàtrica.

Les principals societats científiques d'aquest àmbit assistencial estableixen tres nivells de criteris d'acreditació en cirurgia bariàtrica per als professionals.

Els criteris d'acreditació **bàsics** per als professionals són els següents:

- Disposar de la formació especialitzada en cirurgia general i aparell digestiu, així com de formació reglada en cirurgia bariàtrica.
- Desenvolupar l'activitat en una unitat clínica que tingui acreditació per portar a terme la cirurgia bariàtrica.
- Facilitar el registre de l'activitat realitzada per poder dur a terme un seguiment i una avaluació per a la millora contínua.

Els criteris de **competent en cirurgia bariàtrica** segons la *International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO) i la Societat Espanyola de Cirurgia de l'Obesitat i Malalties Metabòliques (SECO) són els següents:

- Tenir una experiència mínima demostrable en cirurgia bariàtrica de 5 anys o més.
- Tenir una experiència mínima en intervencions de cirurgia bariàtrica com a cirurgia principal \geq a 100 pacients.
- Tenir una activitat anual mínima de 20 casos intervinguts de cirurgia bariàtrica com a cirurgia principal.

Els criteris d'**expert en cirurgia bariàtrica** segons la IFSO i la SECO són:

- Tenir una experiència en cirurgia bariàtrica superior a 5 anys.
- Tenir una experiència mínima de 40 intervencions anuals, en les quals s'han d'haver realitzat de 2-3 tècniques quirúrgiques diferents, un 50% de les quals del tipus malabsortiu.
- Tenir una experiència en cirurgia bariàtrica de revisió i de conversió a altres tècniques.
- Acreditar l'assistència o participació a congressos o activitats científiques.
- Acreditar publicacions en l'àmbit de la cirurgia bariàtrica i les malalties metabòliques.

Annex V. Requisits per als centres o unitats de cirurgia bariàtrica complexa

Els requisits per realitzar cirurgia bariàtrica són:

- Tenir l'autorització de centre sanitari en vigor de la Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària (DGORS).
- Acreditar el compromís de complir l'activitat clínica mínima exigida.
- Realitzar un registre correcte de l'activitat segons el consens (CMBD-HA).
- Disposar de protocols clínics consensuats intrahospitalaris i rutes clíniques amb atenció primària de salut.

Els requisits que han de complir els centres hospitalaris on es realitzi cirurgia bariàtrica complexa són:

- Els criteris per als centres o unitats de cirurgia bàsica que conté l'annex IV, tret que els enunciats a continuació suposin un major nivell d'exigència.
- Acreditar que s'hi duu a terme un nombre mínim de 100 procediments anuals.
- Disposar d'endoscòpia terapèutica avançada 24 hores / 7 dies (hemostàsia avançada, col·locació d'endopròtesis, teràpia de pressió negativa, actuació sobre la via biliar, accés a trams de TGI exclosos).
- Disposar de radiologia intervencionista 24 hores / 7 dies.
- Garantir la cirurgia plàstica per extirpar l'excés de pell i/o penjolls posterior a la cirurgia bariàtrica quan correspongui amb mitjans propis.
- Disposar de capacitat de formació per a professionals sanitaris residents i especialistes.
- Un mínim de dos cirurgians amb competència acreditada, un dels quals ha de tenir l'acreditació d'expert en cirurgia bariàtrica de la SECO.

Annex VI. Ordenació de la cirurgia bariàtrica. Centres hospitalaris o unitats de proximitat i centres hospitalaris o unitats de referència per a la cirurgia bariàtrica i la seva sectorització

	Centre hospitalari o unitat de proximitat	Centre hospitalari o unitat de referència
Regió Sanitària Barcelona		
Consorci Sanitari de Barcelona		
AIS Barcelona Esquerra	Hospital Clínic de Barcelona	Hospital Clínic de Barcelona
AIS Barcelona Litoral - Mar	Hospital del Mar	
AIS Barcelona Dreta	H. de la Santa Creu i Sant Pau	
AIS Barcelona Nord	Hospital U. Vall d'Hebron	Hospital U. Vall d'Hebron
Sector Sanitari Vallès Oriental	Hospital de Granollers	Hospital Clínic de Barcelona
Sector Sanitari Vallès Occidental Oest	Hospital U. Mútua de Terrassa	Hospital U. Mútua de Terrassa
Sector Sanitari Vallès Occidental Est (1)	Hospital de Sabadell	Hospital U. Mútua de Terrassa
Sector Sanitari Baix Llobregat Nord	Hospital U. Vall d'Hebron	Hospital U. Vall d'Hebron
Sector Sanitari Barcelonès Nord i Maresme		
AGA Barcelonès Nord i Baix Maresme (2)	H. U. Germans Trias i Pujol	Hospital U. Vall d'Hebron
AGA Maresme Central	Consorci Sanitari del Maresme	Hospital U. Vall d'Hebron
Sector Sanitari Alt Penedès-Garraf	Hospital U. de Bellvitge	Hospital U. de Bellvitge
Sector Sanitari Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat		
AGA Baix Llobregat Centre i Fontsa-L'Hospitalet Nord	Hospital Moisès Broggi	Hospital U. de Bellvitge
Rest a d'àrees de gestió assistencial (AGA)	Hospital U. de Bellvitge	
Regió Sanitària Lleida	Hospital U. Arnau de Vilanova	Hospital U. Vall d'Hebron
Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran (3)	Hospital U. Arnau de Vilanova	Hospital U. Vall d'Hebron
Regió Sanitària Girona	Hospital U. Josep Trueta	Hospital U. Vall d'Hebron
Regió Sanitària Camp de Tarragona	Hospital U. Sant Joan de Reus	Hospital U. de Bellvitge
Regió Sanitària Terres de l'Ebre	Hospital U. Sant Joan de Reus	Hospital U. de Bellvitge
Regió Sanitària Catalunya Central		
Sector Sanitari Solsonès-Bages-Berguedà	Hospital de Sant Joan de Déu, Althaia	Hospital U. Mútua de Terrassa
Sector Sanitari Osona	H. de Granollers / H. de Vic	Hospital Clínic de Barcelona
Sector Sanitari Anoia	Hospital U. Vall d'Hebron	Hospital U. Vall d'Hebron

- (1) Excepte les ABS Montcada i Reixac 1 i 2, incloses al Sector Sanitari Vallès Occidental Est que tenen com a centre de proximitat i referència l'Hospital U. Vall d'Hebron.
- (2) Excepte l'ABS Sant Adrià de Besos 2, inclosa al Sector Sanitari Barcelonès Nord i Maresme que té com a centre de proximitat l'Hospital del Mar i com a centre de referència l'Hospital Clínic.
- (3) Excepte l'ABS Cerdanya que té com a centre de proximitat Althaia, Hospital de Sant Joan de Déu i com a centre de referència l'Hospital U. Mútua de Terrassa.