

III.- OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Sanidad

Resolución de 04-06-2007, de la Dirección General de Consumo, por la que se da publicidad a determinadas acreditaciones de inspectores locales de consumo.

Con base en lo estipulado por los arts. 24.2 y 25.1 de la Ley 11/2005 de 15 de diciembre del Estatuto del Consumidor de Castilla-La Mancha, esta Dirección General ha resuelto:

Dar publicidad a las acreditaciones que se relacionan, efectuadas en su día por los respectivos Alcaldes o Presidentes de Entidades Locales y Mancomunidades, en virtud de las atribuciones que les confiere el artículo 25.2.g de la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local y el artículo 6.2.b de la Ley 11/2005 de 15 de diciembre del Estatuto del Consumidor de Castilla-La Mancha:

Nombre del Inspector: Santiago García-Cervigón Torrijos
Ámbito Territorial de Actuación: OMIC de La Solana
Fecha Acreditación: 22-05-2007

Nombre del Inspector: Antonio García-Catalán Banchino
Ámbito Territorial de Actuación: OMIC de La Solana
Fecha Acreditación: 22-05-2007

Nombre del Inspector: Angel Pérez Lozano
Ámbito Territorial de Actuación: OMIC de Cuenca
Fecha Acreditación: 22-05-2007

Toledo, 4 de junio de 2007
El Director General de Consumo
JESÚS MONTALVO GARRIDO

Circular 1/2007, de 05-06-2007, de la Dirección General de Evaluación e Inspección, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios para la realización de la actividad de sedación consciente en centros y servicios sanitarios.

A. Introducción

Es cada vez más frecuente la práctica de sedación y anestesia para la realización de pruebas complementarias como procedimientos de radiología intervencionista, endoscopia digestiva, etc., o su uso en consultorios odontológicos. La aplicación de estas técnicas se realiza con la finalidad de disminuir el estrés o la incomodidad que el procedimiento provoca en el paciente o bien mejorar el control sobre el mismo. Desde hace meses, las solicitudes de autorización de centros que pretenden realizar actividades de sedación consciente están aumentando en las distintas provincias.

La finalidad de esta circular es establecer los requisitos técnico-sanitarios mínimos que deben cumplir los distintos centros y servicios sanitarios para realizar sedación consciente.

B. Conceptos.

1. La Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor, recoge en su documento de consenso sobre Anestesia en Consultorio las definiciones de la American Society Anesthesiology (ASA) sobre:

a) Sedación consciente, como "depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la que el paciente responde correctamente a las órdenes verbales acompañadas de estimulación táctil ligera. En este estado no se requieren intervenciones para el mantenimiento de la vía aérea, de manera que la respiración espontánea es adecuada. No suele haber compromiso cardiovascular".

b) Sedación Profunda, como "depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la que el paciente no puede ser despertado, pero responde coordinadamente tras un estímulo repetido o doloroso. La capacidad para mantener la función respiratoria puede comprometerse. A menudo se requiere asistencia para permeabilizar la vía aérea, de manera que la respiración espontánea puede ser inadecuada. Habitualmente no existe compromiso cardiovascular".

c) Anestesia general, como "pérdida de la conciencia durante la que el paciente no se despierta ni tras un estímulo doloroso. La permeabilidad de la vía aérea está comprometida, de forma que se requiere alguna maniobra de liberación de la vía aérea e incluso puede ser necesaria la aplicación de ventilación con presión positiva debido a la depresión respiratoria o neuromuscular originada por los fár-

macos administrados. Pueden producirse alteraciones de la función cardiovascular".

2. Grupos de pacientes establecidos por la ASA y definidos como:

a) ASA I: Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.

b) ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica y que no produce incapacidad o limitación funcional.

c) ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa y que produce limitación funcional definida en determinado grado.

d) ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención.

C. Medicamentos de uso más común en técnicas de sedación consciente

1.- Los principales grupos de medicamentos de uso en técnicas de sedación consciente son los siguientes:

- a) Hipnóticos: tiopental, metohexital, propofol, etomidato.
- b) Benzodiacepinas: midazolam, diazepam, lorazepam.
- c) Anestésicos: ketamina.
- d) Morfínicos: fentanilo, remifentanilo, alfentanilo.
- e) Gases medicinales: protóxido de nitrógeno.

2.- Dentro de cada uno de los grupos citados, los medicamentos más utilizados son los siguientes:

a) Tiopental
Barbitúrico de acción ultracorta (3-4 min.). Constituye el grupo más antiguo de hipnóticos y, aunque hoy están prácticamente en desuso, siguen teniendo indicaciones muy concretas como la hipertensión intracraneal. No son analgésicos y tiene un efecto vasodilatador y de depresión miocárdica. Se suele administrar por perfusión iv.

b) Metohexital
Por vía rectal es empleado para inducir anestesia y para exploraciones radiológicas prolongadas. Se ha usado sólo en pacientes pediátricos con un peso inferior a 20 kg. y edad comprendida entre los 10 meses y los 5 ó 6 años. El inconveniente más frecuente que presenta es su expulsión del recto.

Por vía intramuscular (im) se ha empleado como sedación previa a una exploración de tomografía axial computarizada (TAC) o RMN.

Es un fármaco fiable con pocos efectos colaterales. Está contraindicado en pacientes con epilepsias del lóbulo temporal, ya que puede desencadenar las crisis, y los niños que tomen medicación anticomicial necesitarán, por lo general, dosis más elevadas.

c) Propofol

Se trata de un fármaco con una vida media de redistribución relativamente rápida, que permite un rápido comienzo de acción y fácil manejo en cuanto a su dosificación. En pacientes mayores o con enfermedades de base es suficiente con dosis 50% más bajas y nunca en administración rápida. Su efecto antiemético lo hace especialmente interesante en los procedimientos de endoscopia digestiva alta (EDA). Su administración iv es dolorosa, para evitar el dolor se utilizan vías de calibre grueso, se inyecta de forma lenta y se puede añadir lidocaina.

d) Etomidato

Es un agente hipnótico tipo imidazol. Tiene unos efectos de depresión miocárdica mínimos, por lo que está indicado en enfermos inestables hemodinámicamente, así como en cardioversiones. No tiene efecto analgésico. Sus efectos secundarios son mioclonías, náuseas y vómitos e irritación venosa.

e) Diazepam

Las benzodiacepinas son las drogas más ampliamente usadas para inducir sedación y amnesia. El diazepam es un fármaco muy empleado en pediatría, debido a que su absorción oral es más rápida en niños que en adultos. La administración intravenosa (iv) es dolorosa y mal tolerada. Se puede también administrar por vía rectal. Tiene una vida media muy larga en recién nacidos y debe evitarse en los 6 primeros meses de vida o hasta que las vías metabólicas maduren.

f) Midazolam

El midazolam presenta ventajas frente al diazepam, dado que tiene una vida media mucho más corta, no provoca dolor en su inyección, es más potente y produce más amnesia con menos sedación postoperatoria. Si se le añaden analgésicos opioides, se mejora significativamente la comodidad durante procedimientos de anestesia local. Así, una de las pautas más usada combina el midazolam seguido de fentanilo, alfentanilo o remifentanilo. Esta

pauta tiene el problema de que puede producir depresión respiratoria o incluso apnea, por lo que debe dosificarse cuidadosamente.

El midazolam, al ser una benzodiacepina hidrosoluble con propiedades sedantes y amnésicas, es muy empleado en pacientes pediátricos. Sus principales ventajas son que su administración iv es indolora y que se absorbe con rapidez por vía im; también se puede administrar por vía nasal o rectal.

La sedación que se consigue con este fármaco no produce sueño, sino más bien un estado de felicidad y complacencia. Si el niño se duerme, se debe sospechar un estado de sobredosis relativa.

g) Lorazepam

Tiene un inicio de acción más lento que diazepam y su duración de acción es intermedia entre diazepam y midazolam, y es más potente que diazepam. Es especialmente útil en pacientes ancianos o en aquellos con fallo hepático, puesto que su metabolismo no se afecta con la edad avanzada o el descenso de la función hepática. Sus metabolitos son inactivos. Ocasiona una profunda amnesia anterógrada. Tiene efectos mínimos cardiovasculares y es de elección en sedaciones prolongadas.

h) Ketamina

Es un derivado de la fenciclidina capaz de provocar una disociación central con efecto analgésico y amnésico; su administración iv a pequeñas dosis permite un grado de sedación suficiente. También se puede emplear por vía rectal o nasal.

Presenta el inconveniente de provocar un marcado aumento en la producción de secreciones, que obliga a la administración concomitante de un antisialagogo. Otros efectos indeseables, frecuentes e importantes, son los vómitos y la aparición de sueños terroríficos, que pueden evitarse con la administración previa de una benzodiacepina.

La administración de ketamina en niños está contraindicada si existe hiperreactividad, infección respiratoria activa, hipertensión intracraneal, lesión abierta del globo ocular o enfermedad psiquiátrica o comicial. A pesar de que el paciente mantiene el estímulo respiratorio, no preserva el reflejo del cierre glótico, lo que debe considerarse si existe alimento en estómago o antecedentes de reflujo gastroesofágico.

i) Fentanilo

Suele usarse junto con las benzodiacepinas o con el propofol, a dosis

bajas, como complemento analgésico. Su principal ventaja es que actúa con rapidez y tiene un efecto de corta duración.

La bradicardia inducida por fentanilo puede hacer necesaria la administración concomitante de un vagolítico.

j) Remifentanilo

Opiáceo de última generación mucho más potente que la morfina y el fentanilo, que presenta como principal ventaja su eliminación ultracorta (5-10 min.) sin dejar analgesia residual, convirtiéndolo en el fármaco ideal para sedaciones cortas y pruebas diagnósticas. Como principales efectos secundarios presenta la hipotensión y, en raras ocasiones, rigidez muscular; estos efectos secundarios sólo están presentes cuando se emplean dosis altas. Asociado a propofol permite reducir las dosis de ambos, manteniendo una ventilación espontánea y una rápida recuperación.

En ancianos y en pacientes ASA III, la dosis debe reducirse en un 50%; debido a que es más difícil predecir la intensidad del efecto máximo y, además, este efecto aparece más tarde, por lo que puede producirse sobredosificación.

k) Alfentanilo

Es otro potente opiáceo, aproximadamente un 25% de potencia del fentanilo tiene un inicio de acción más rápido que el fentanilo y una duración de acción menor, unos 10 minutos. La enfermedad hepática puede prolongar su duración de acción. No tiene efectos acumulativos por lo que se produce una rápida recuperación después de la retirada del tratamiento.

l) Protóxido de nitrógeno u óxido nítrico

Es un gas medicinal y, como tal, tiene consideración de medicamento especial por lo que está sujeto al régimen previsto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 52.

En cuanto a sus propiedades físico-químicas, el protóxido de nitrógeno es un gas incoloro, de olor algo dulzón a bajas concentraciones e inodoro a altas concentraciones. Es más pesado que el aire, por lo que puede acumularse en espacios confinados, particularmente a nivel del suelo o en sótanos.

A elevadas concentraciones puede causar asfixia con pérdida de conciencia e inmovilidad, de la cual la víctima puede no haberse dado cuenta; por ello, en la ficha de seguridad del medi-

camento se recomienda la extracción forzada de gases durante su uso.

Otro de sus peligros es que, al tratarse de un gas oxidante, "mantiene vigorosamente la combustión".

En sedación/analgesia debe ser administrado de forma conjunta con oxígeno, ya que su acción varía según la proporción en que se administre: un 20%, produce analgesia; un 40%, hace al paciente incapaz de cooperar; y un 100%, provoca la falta de movimiento y muerte.

En su utilización hay que tener siempre la certeza de que el paciente tenga un aporte mínimo de oxígeno del 30%, ya que en caso contrario puede sobrevenir la muerte. También difunde a cavidades aéreas, por lo que hay que extremar las precauciones en pacientes que sufren dicha difusión (como en caso de otitis, distensión abdominal, antecedentes de neumotórax, etc.).

En relación a los riesgos profesionales, es preciso utilizar un sistema de extracción de gases y garantizar una ventilación idónea para evitar que el personal sanitario sufra contaminación con el gas. La exposición profesional crónica puede provocar secuelas graves con deterioro neurológico y de la médula ósea, disminuir la fertilidad femenina provocando abortos y producir malformaciones fetales.

D. Requisitos de procedimiento

1. Deberá constar en la memoria de actividades, de forma específica, la realización de la actividad de sedación consciente, especificándose el profesional responsable de realizar dicha actividad.
2. Por el tipo de medicación o fármacos utilizados, deberán cumplir los requisitos de un depósito de medicamentos.
3. En caso de uso de gases medicinales, se dispondrá de certificación de la empresa instaladora sobre la adecuación de la instalación a la normativa vigente y sobre los controles de mantenimiento de la misma.

E. Requisitos físicos

1. Para la aplicación de sedación consciente, además de los requisitos específicos de cada tipo de centro, la sala donde se realice la actividad deberá tener las siguientes características:

- a) Estará delimitada físicamente.
- b) Tendrá una superficie mínima de 12 m² y con un lado mínimo de 3 m.
- c) Las paredes deberán ser lavables.
- d) Dispondrá de un sistema de alimentación eléctrica alternativa que pueda

mantener en funcionamiento, durante un mínimo de 20 minutos, todos los aparatos de electromedicina descritos a continuación en los apartados 2 y 3.

2. Equipamiento:

- a) Monitor multiparamétrico, con los siguientes parámetros: electrocardiografía, pulsioximetría, capnografía para ventilación espontánea y presión arterial no invasiva.
- b) Contará con oxígeno central o portátil; en este último caso, la capacidad mínima de la botella de oxígeno será de 200 l. y se dispondrá de repuesto.
- c) Carro de parada; contendrá, como mínimo, un laringoscopio con juego de palas, bolsa-balón autoinflable, aspirador, mascarilla laríngea de diferentes tamaños, tubos endotraqueales, pinzas de Magill y fiadores, equipo de cricotiroidotomía, catéteres vasculares y tabla para masaje cardíaco. En caso de sedación a pacientes pediátricos será necesario disponer de material adecuado.
- d) Aspirador de secreciones.
- e) Un aparato monitor desfibrilador, que será manual y semiautomático, con marcapasos externo. En caso de realizarse sedación de pacientes infantiles, se dispondrá de electrodos de descarga o palas infantiles.
- f) La siguiente medicación: bicarbonato, adrenalina, atropina, lidocaína, sedoanalgésicos, naloxona, flumacénil, antiarrítmicos y fluidos.

3. Si se realiza la sedación con protóxido de nitrógeno, además de los requisitos recogidos en los puntos 1 y 2 se precisa de:

- a) Sistema de anestesia: no deben utilizarse aparatos de anestesia que puedan generar mezclas de gases respiratorios con menos del 21% de oxígeno.
- b) Tomas portátiles o fijas de protóxido de nitrógeno y vacío.
- c) Toma de extracción de gases anestésicos o sistemas alternativos de aspiración para evitar la acumulación de óxido nítrico.

F. Requisitos de personal

1. Para la realización de sedación consciente será necesario un especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor o un Licenciado en Medicina u Odontología siempre y cuando acrediten capacitación en anestesiología y en reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada.

2. Se entiende por capacitación en anestesiología la realización de una

formación mínima de 30 horas teóricas ó 3 créditos y 25 prácticas ó 2,5 créditos y por capacitación RCP avanzada la realización de una formación teórico-práctica mínima de 30 horas ó 3 créditos. La formación debe estar acreditada por las Comisiones Nacional o Autonómicas de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, ser títulos propios de la Universidad o de las Administraciones Públicas. Cuando hayan transcurrido más de 5 años de esta capacitación, deberá realizarse una actualización de conocimientos según lo establecido en el punto tres.

3. Para la renovación de la autorización de puesta en funcionamiento de un centro o servicio donde se esté realizando la actividad de sedación consciente por parte de profesionales sanitarios no especialistas en Anestesiología, se acreditará que los mismos han recibido en los últimos cinco años una formación continuada de, al menos, 30 horas ó 3 créditos de cada una de las materias sobre las que necesite estar capacitado (anestesia y RCP avanzada).

4. Cuando se realice sedación por vía iv o intervenciones sobre pacientes comprendidos dentro de los grupos ASA III y IV, independientemente del tipo de sedación consciente utilizada, será obligatoria la presencia de un especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor.

5. Si se realiza sedación consciente de forma simultánea a la intervención sobre el paciente, deberá estar presente, junto con el profesional responsable de la intervención, otro profesional sanitario con capacitación en anestesiología y RCP avanzada, que será el responsable de la sedación.

G. Requisitos generales de admisión, exclusión y alta de pacientes.

1. Podrá realizarse sedación consciente a los pacientes comprendidos en los siguientes grupos de la clasificación ASA (recogida en el apartado de conceptos):

- a) ASA I y II.
- b) Se valorará ASA III estable (sin descompensación en el último mes).
- c) Los pacientes ASA IV podrán ser atendidos si se mantienen sin descompensaciones en los últimos 3 meses y siempre que sean tratamientos de urgencia y mínimamente invasivos y siempre que el motivo de la actuación médica esté justificado y no se haya solucionado previamente de forma no invasiva.

2. No se realizarán intervenciones sobre el paciente aplicando sedación

consciente si su duración prevista es superior a 60 minutos, si la intervención realizada puede comprometer la vía aérea o si existe riesgo de hemorragia.

3. Para dar de alta al paciente será preciso que cumpla las condiciones siguientes:

- a) Paciente consciente y orientado.
 - b) Estabilidad hemodinámica (tensión arterial y frecuencia cardiaca +/- 20% de la basal) y respiratoria (saturación periférica de oxígeno +/- 4 en relación a la basal).
 - c) Capacidad de deambulación sin ayuda, si no la requería previamente.
 - d) Buena analgesia.
4. Se precisará soporte familiar o de una persona responsable durante las primeras 12 horas tras la intervención.

H. Requisitos de funcionamiento

1. Existirá, por escrito y para cada tipo de intervención, la siguiente documentación:

- a) Requisitos de admisión y exclusión.
- b) Procedimientos normalizados de trabajo (PNT) a seguir en cada intervención.

2. El paciente será informado previamente de los riesgos e inconvenientes que conlleva la aplicación de sedación consciente, formalizándose el consentimiento informado mediante documento escrito.

3. Contarán con protocolos de actuación ante las emergencias más frecuentes

4. El carro de parada será revisado después de cada uso y, como mínimo, una vez al mes; constando, por escrito, la fecha, el nombre y la firma de la persona que realice el control.

5. Todos los pacientes recibirán un protocolo de actuación tras la aplicación de la sedación consciente, donde constarán las instrucciones a seguir de forma inmediata así como un teléfono de contacto.

6. Si se trata de un centro sanitario sin internamiento o de un servicio sanitario en un centro no sanitario:

- a) Existirá un contrato o concierto con un centro sanitario con internamiento de referencia que disponga de servicio de urgencias, para el caso de producirse complicaciones. Este centro tendrá que distar, como máximo, una isócrona de 30 minutos del centro o servicio donde se realice sedación consciente; en caso de no ser posible el cumplimiento de esta isócrona por causa justificada, se dispondrá de una ambulancia tipo UVI móvil con el personal correspondiente durante la realización de sedación consciente, con la finalidad de atender la urgencia y realizar el

traslado inmediato al centro sanitario de referencia.

b) Contarán con contrato o concierto con empresa de ambulancias para el traslado urgente al centro sanitario.

7. El centro o servicio dispondrá de un registro de las actividades de sedación consciente realizadas, indicando la fecha de la intervención, datos del paciente y del profesional responsable, medicamentos utilizados, dosis de los mismos y tiempo de duración de la intervención.

8. Así mismo, existirá un registro de equipamiento y mantenimiento, donde constarán los equipos y aparatos del centro o servicio y donde quede constancia de las reparaciones y/o sustituciones realizadas.

Toledo, 5 de junio de 2007

La Directora General de
Evaluación e Inspección
M^a JESÚS ABARCA LÓPEZ

Consejería de Educación y Ciencia

Corrección de errores al Decreto 68/2007, de 29-05-2007, por el que se establece y ordena el currículo de la Educación primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Publicado el Decreto 68/2007, de 29 de mayo, por el que se establece y ordena el currículo de la Educación primaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (DOCM num. 116, de 1 de junio), y advertidos determinados errores, se procede a subsanar los mismos en los siguientes términos.

Página. 14761. artículo 9.1

Donde dice: "1. La respuesta educativa a la diversidad es un conjunto de actuaciones educativas dirigidas a al alumnado y a su entorno con la finalidad de favorecer una atención personalizada que facilite el logro las competencias básicas y los objetivos de la Educación primaria".

Debe decir: "1. La respuesta educativa a la diversidad es un conjunto de actuaciones educativas dirigidas al alumnado y a su entorno con la finalidad de favorecer una atención personalizada que facilite el logro de las competencias básicas y los objetivos de la Educación primaria".

Página. 14762. artículo 11.5

Donde dice: "5. El referente de la evaluación y promoción para el alumnado con necesidades educativas especiales serán los criterios de evaluación establecidos en la correspondiente adaptación curricular para valorar el grado de adquisición de las competencias básicas".

Debe decir: "5. El referente de la evaluación y promoción para el alumnado con necesidades educativas especiales serán los criterios de evaluación establecidos en la correspondiente plan de trabajo individualizado para valorar el grado de adquisición de las competencias básicas".

Página. 14762. artículo 12.2

Donde dice: "2. El alumnado accederá al ciclo educativo siguiente y, en su caso, a la Educación secundaria obligatoria siempre que se considere que ha alcanzado las competencias básicas correspondientes y el adecuado grado de madurez y cuando los aprendizajes alcanzados no impidan seguir con aprovechamiento el nuevo ciclo o etapa".

Debe decir: "2. El alumnado accederá al ciclo educativo siguiente y, en su caso, a la Educación secundaria obligatoria siempre que se considere que ha alcanzado las competencias básicas correspondientes y el adecuado grado de madurez y cuando los aprendizajes realizados permitan seguir con aprovechamiento el nuevo ciclo o etapa".

Página. 14763. Artículo 15.2

Donde dice: "2. La Consejería competente en materia de educación facilitará el tránsito del alumnado a la educación secundaria para la incorporación sea gradual y positiva, a través de la coordinación de los centros que imparten ambas etapas".

Debe decir: "2. La Consejería competente en materia de educación facilitará el tránsito del alumnado a la educación secundaria para que la incorporación sea gradual y positiva, a través de la coordinación de los centros que imparten ambas etapas".

Página 14816. Anexo IV. Horario escolar.

Donde dice:

Conocimiento del medio natural, social y cultural