

MEMORIA PARA LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

SEIS EQUIPOS DE BRONCOSCOPIA Y MONITORIZACIÓN

A) JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD REFERENTE A LA ADQUISICIÓN.

La dificultad para la intubación sigue siendo el factor más frecuentemente asociado a complicaciones serias durante la anestesia. Y presenta una incidencia de intubación difícil que está entre el 1,15-3,8% en la población general, aunque la imposibilidad de intubar es poco frecuente (0,13-0,3%). El broncoscopio flexible o videoendoscopio de intubación es una herramienta imprescindible en el manejo de los pacientes con vía aérea difícil (VAD). Así está reconocido en todas las guías internacionales y nacionales de anestesia. Este dispositivo permite el abordaje con el paciente despierto sin pérdida de la ventilación espontánea garantizando la seguridad del mismo en el proceso de control de la vía aérea antes de la cirugía, y para el rescate de una VAD imprevista con el paciente dormido. El tamaño de 5,5 mm es el indicado para la intubación orotraqueal en la gran mayoría de los pacientes con dificultad de intubación traqueal bien sea esta prevista o imprevista. El tamaño de 4 mm está indicado en procedimientos con bloqueo pulmonar y en casos de necesitarse intubación nasal, para poder avanzar el videoendoscopio a través de las fosas nasales, con menor diámetro y con riesgo de sangrado si se utilizan tamaños mayores.

El monitor solicitado va asociado a cada videolaringoscopio y permite visión directa durante todo el procedimiento de intubación además en caso de necesitarse se puede simultanear la visión del videoendoscopio y de un videolaringoscopio asociado si fuera necesario en los casos complejos.

El número de videoendoscopios y monitores solicitados pretende cubrir todas las necesidades de las plantas de los quirófanos del nuevo bloque quirúrgico.

B) ANÁLISIS DE LA APORTACIÓN DE LA MEJORA ASISTENCIAL. EVIDENCIA CIENTÍFICA.

Los broncoscopios flexibles o videoendoscopios flexibles para intubación aportan una calidad excepcional de visión sin necesidad de montaje. Se conectan a los monitores C-MAC HD, estando operativos en apenas 30 segundos. En comparación con los sistemas antiguos de fibra óptica presentan las siguientes ventajas: montaje ultra-rápido, no necesita torre de cirugía para su uso (actualmente carecemos de fuentes de luz, procesadores de imagen, cables de luz y cabezales de cámara), mayor resistencia al uso, menos reparaciones, mayor aprovechamiento del tiempo de quirófano. Actualmente la utilización de los fibrobroncoscopios está supeditada a la disponibilidad de las torres de las diferentes especialidades quirúrgicas, lo cual limita su uso, especialmente en las vías aéreas imprevistas.

C) EVALUACIÓN OBJETIVA DEL BENEFICIO DEL PACIENTE.

El broncoscopio flexible o videoendoscopio incorpora numerosas mejoras para el paciente relacionadas con la inmediatez para el control de la VAD, lo que implica un menor riesgo de desaturación e hipoxia grave que pone en peligro la seguridad del mismo durante el manejo de la VAD imprevista. La mejora en la calidad de visión, facilidad y rapidez de su uso disminuye el tiempo de duración de las maniobras de intubación y por consecuencia la respuesta adrenérgica durante el control de la vía aérea y el confort del paciente cuando se realiza despierto.

D) DEFINICIÓN DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA Y SU IMPLEMENTACIÓN.

Características técnicas mínimas:

DOS MONITORES COMPACTO PARA VIDEOENDOSCOPIOS Y VIDEOLARINGOSCOPIOS.

- Tamaño mínimo de la pantalla: 8"
- Autonomía de batería de a próximamente de 2 horas
- Sistema de captación de imágenes y grabación de vídeos que puedan ser posteriormente exportables
- Calidad de imagen Full HD (1920x1200p)
- Doble entrada de video y posibilidad de ver ambas imágenes simultáneamente
- Puerto HDMI que permita conectar con un monitor externo



- Protección contra salpicaduras de agua según IP54.
- Compatibilidad con video-endoscopios flexibles reutilizables y de un solo uso
- Compatibilidad con video-laringoscopios reutilizables y de un solo uso

CUATRO VIDEOENDOSCOPIOS FLEXIBLES DE INTUBACIÓN 5MM.

- Con válvula de aspiración
- Angulación arriba/abajo igual o superior a 140°/140°
- Dirección visual: 0°
- Ángulo de visión igual o superior a 100°
- Longitud útil mínima de 60 cm.
- Diámetro interior del canal de trabajo mínimo de 2,1 mm
- Diámetro exterior del extremo distal máximo de 5,5 mm
- Con luz LED integrada en el mismo dispositivo, sin necesidad de una segunda conexión a una fuente de luz

DOS VIDEOENDOSCOPIO FLEXIBLES DE INTUBACIÓN 4MM.

- Con válvula de aspiración
- Angulación arriba/abajo igual o superior a 140°/140°
- Dirección visual: 0°
- Ángulo de visión igual o superior a 100°
- Longitud útil mínima de 60 cm.
- Diámetro interior del canal de trabajo mínimo de 1,5 mm
- Diámetro exterior del extremo distal máximo de 4,0 mm
- Con luz LED integrada en el mismo dispositivo, sin necesidad de una segunda conexión a una fuente de luz

SEIS CARROS PORTADOR DEL EQUIPO.

- Carro modular configurable dotado de 4 o más ruedas dobles antiestáticas con sistema de freno que permitan su movilidad/fijación.
- Soporte VESA 75/100 para colocar un monitor.
- Al menos 4 cajones para almacenaje.
- Soporte para almacenamiento de fibroscopios.

UN CARRO PARA MONITORES PORTATILES.

- Carro para monitores portátiles dotado de 5 o más ruedas dobles con sistema de freno que permitan su movilidad/fijación.
- Soporte VESA 75/100 para colocar un monitor.
- Con canastilla para el almacenamiento de palas de laringoscopia
- Soporte para almacenamiento de fibroscopios.

Su implantación está prevista en un plazo de 30 días desde la firma del contrato. En esta se contemplan todos los accesorios necesarios para su puesta en funcionamiento. Su dificultad en la implantación dependerá si los modelos adjudicados están ya presentes en el Hospital. Si no lo estuvieran la operativa con los mismos deberán tener en cuenta la formación de todos los profesionales.

E) ESTUDIO COSTE EFICIENCIA CON EL IMPACTO ECONÓMICO EN LOS CAPÍTULO I- II.

No tiene impacto en el capítulo I al tratarse de una reposición. El coste previsto en el capítulo II para los equipos es del 7 % del valor de adquisición IVA incluido, a partir del tercer año de su instalación.

F) MOTIVACIÓN TÉCNICA DE LA INVERSIÓN NUEVA O DE REPOSICIÓN. (INNOVACIÓN, CICLO DE VIDA, REPARACIÓN NO RENTABLE, OBSOLESCENCIA....)

La motivación técnica se encuadra tanto en inversión nueva como en innovación, reparación no rentable y obsolescencia de los sistemas previos.



El suministrador garantizará la existencia de piezas de repuesto para el mantenimiento preventivo y correctivo necesarias, al menos, durante 10 años después de la instalación del equipo.

G) RELACIÓN DE LOS SERVICIOS/SUMINISTROS QUE SE DERIVAN DE LA ADQUISICIÓN, DETALLANDO EL CONCEPTO Y SU VALOR ECONÓMICO. (CONTRATO DE MANTENIMIENTO, REPUESTOS ORIGINALES, SUMINISTROS EXCLUSIVOS...) SEGÚN CORRESPONDA.

Su adquisición conllevará su inclusión en contrato habituales de mantenimiento. El coste previsto en el capítulo II para los equipos es del 7 % del valor de adquisición IVA incluido, a partir del tercer año de su instalación. La adquisición contempla los accesorios necesarios para su uso.

Madrid, 18 de mayo de 2022

LA SUBDIRECTORA MÉDICA
DE ÁREA QUIRÚRGICA

EL SUBDIRECTOR
DE INGENIERÍA



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1203882524983102491951**