

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

Cinco Videolaringoscopios

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%). Los videolaringoscopios son una herramienta imprescindible en el manejo de los pacientes con vía aérea difícil (VAD) prevista e imprevista. Así está reconocido en todas las guías internacionales y nacionales de anestesia. Estos dispositivos permiten el abordaje tanto con el paciente despierto sin pérdida de la ventilación espontánea garantizando su seguridad durante el proceso de control de la vía aérea antes de la cirugía, y para el rescate de una VAD imprevista con el paciente dormido. En este sentido el videolaringoscopio que más se adapta a las necesidades debe poseer con un diseño de palas hiperanguladas, con un perfil reducido para afrontar las VAD específicas con apertura bucal y movilidad cervical muy limitadas.

El número de videolaringoscopios solicitados pretende cubrir todas las necesidades de las plantas de los quirófanos del nuevo bloque quirúrgico, Unidad de Reanimación, UCP y las salas de URPAS.

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

Los videolaringoscopios para intubación aportan una gran calidad de visión facilitando la intubación especialmente en los casos más complejos de VAD. Es preciso que las dimensiones de las palas del videolaringoscopio sean de un tamaño específico para afrontar los casos de mayor complejidad siendo necesario facilitando la maniobrabilidad y la disponibilidad de espacio de trabajo en la orofaringe. Por ello es imprescindible que técnicamente tengan unos perfiles reducidos para su uso en pacientes con apertura bucal reducida o collarín cervical.

La imagen en el monitor es instantánea permitiendo su disponibilidad inmediata lo que ahora tiempos muy valiosos para aumentar el margen de seguridad del paciente en las situaciones de riesgo de VAD.

C) EVALUACIÓN OBJETIVA DEL BENEFICIO DEL PACIENTE.

El videolaringoscopio incorpora numerosas mejoras para el paciente en especial debido a que la intubación con videolaringoscopios es más sencilla y facilita la inmediatez para el control de la VAD. Esto implica un menor riesgo de desaturación e hipoxia grave que pone en peligro la seguridad de este durante el manejo de la VAD. La intubación con los videolaringoscopios permite grabar el procedimiento con gran interés en el aprendizaje, e información que puede ser requerida para pacientes que precisen reintervenciones y docencia. 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 la intubación se realiza despierto. En el futuro próximo se estima que los videolaringoscopios serán el gold standard del manejo rutinario de la vía aérea.

D) DEFINICIÓN DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA Y SU IMPLEMENTACIÓN.

Los videolaringoscopios son dispositivos ópticos que se basaban en avances tecnológicos propios de los laringoscopios rígidos de fibra óptica. En relación a los tamaños se necesita en las palas hiperanguladas que la altura en el mango sea en el tamaño 3 (el más apropiado para pacientes de menor talla y peso): de 11 mm, la altura en la cámara de 11 mm, distancia de la punta de la pala al mango de 74 mm y anchura de la cámara de 20 mm; en el tamaño 4 (el más apropiado para pacientes de mayor talla y peso): de 12 mm, la altura en la cámara de 11,3 mm, distancia de la punta de la pala al mango de 91 mm y anchura de la cámara de 25 mm. Las palas Macintosh deben ser iguales a las tradicionales metálicas para poder filiar el grado de Cormack-Lehane (o visión de la glotis), elemento esencial que debe reflejarse en la historia clínica anestésica del paciente.



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 CAPÍTULOOS 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.

Actualmente disponemos de un único equipo para todos los quirófanos del IPMQ, insuficiente para cubrir las necesidades de Reanimación, UCP, URPA's y quirófanos.

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. 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: **1276876404960243825779**