

EXPEDIENTE: PA 2023-0-212

INFORME JUSTIFICATIVO DE LA NECESIDAD DE ADQUIRIR PARCHES Y EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA EL CONTROL NO INVASIVO DE LA TEMPERATURA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Conforme a lo dispuesto en el **Artículo 28** de la **Ley 9/ 2017 de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/ 23/ UE y 2014/ 24/ UE de 26 de febrero de 2014**, las entidades del sector público no podrán celebrar otros contratos que aquellos que sean necesarios para el cumplimiento y realización de sus fines institucionales.

Por ello, el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid deviene necesario dejar constancia en este **Informe Justificativo** de la naturaleza y extensión de la necesidad de adquirir el material necesario para el control no invasivo de la temperatura en pacientes neurocríticos, así como la idoneidad de su objeto y el contenido para satisfacerlas.

El control estricto de la temperatura (TTM por sus siglas en inglés, targeted temperature management) se considera un tratamiento de primera línea para disminuir el daño neurológico en pacientes recuperados de una PCR. El mayor nivel de evidencia para la aplicación del TTM es la PCR recuperada extrahospitalaria con ritmo desfibrilable, mientras que, con un menor nivel de evidencia, se incluyen las paradas recuperadas intrahospitalarias y aquellas con ritmo no desfibrilable.

En la actualidad se recomienda un control estricto de temperatura entre 32-36 °C, aunque con una tendencia a obtener mayor beneficio neurológico con temperaturas más bajas en el intervalo de 32-34 °C. De hecho, se ha observado que cuando se elige una temperatura de 36 °C, esta se mantiene de una forma menos estricta, con mayor tasa de fiebre y por tanto con peor pronóstico neurológico.

Tanto para la inducción como para el mantenimiento de hipotermia terapéutica existen dos tipos de métodos: (1) los métodos controlados (ya sean percutáneos o endovasculares) y (2) los métodos convencionales no controlados (como la infusión de suero frío o la aplicación de hielo/mantas de agua...)

No obstante, los métodos convencionales son útiles para alcanzar una mayor velocidad de enfriamiento, pero no así para mantener una temperatura constante dada la ausencia de autorregulación. En la elección del método para el control de temperatura debería considerarse la mayor precisión con los riesgos asociados a los dispositivos invasivos.

Una vez mantenido al paciente durante al menos 24 horas en hipotermia terapéutica a 32-36 °C, debe llevarse a cabo el recalentamiento con una tasa, habitualmente, de entre 0,2-0,5 °C/hora (aunque las últimas recomendaciones europeas proponen una tasa más lenta en torno a 0,15-0,25 °C/hora), preferiblemente utilizando métodos controlados. Y es fundamental un control estricto de normotermia (36,5-37 °C) durante al menos 24 horas adicionales, de forma activa, para evitar así la aparición de un fenómeno de rebote con hipertermia.

Es necesario controlar las posibles complicaciones que pueden aparecer asociadas al TTM, como son la coagulopatía con riesgo de sangrados; mayor frecuencia de infecciones por atenuación del sistema inmunitario asociado al síndrome inflamatorio posparada (siendo la

neumonía la infección más habitual sin asociarse generalmente a un aumento de la mortalidad); acidosis metabólica (hipoperfusión tisular secundaria a vasoconstricción arterial y reducción del gasto cardiaco) junto con alteraciones electrolíticas (hipopotasemia e hipomagnesemia), que favorecen junto con la propia hipotermia la aparición de arritmias y alteraciones en el electrocardiograma (ECG) basal (prolongación del intervalo PR y QTc...).

Uno de los principales fenómenos a evitar durante la inducción son los escalofríos, que reducen la tasa de enfriamiento y que deben ser controlados con un adecuado nivel de sedoanalgesia y en un segundo escalón, recurriendo a sulfato de magnesio (objetivo en suero: 3-4 mg/dl) y/o relajantes neuromusculares (siempre el menor tiempo posible para evitar miopatía del paciente crítico y además pueden enmascarar la aparición de convulsiones).

Esta técnica requiere disponer de un equipamiento específico (consolas o sistemas para el control y la monitorización de la temperatura), que, a su vez, debe ser compatible con los materiales (parches, catéteres y sondas) que son necesarios para realizar este procedimiento.

Así, habiendo dejado constancia en el presente **Informe Justificativo de Necesidad**, se constata y demanda que el Hospital acuda al mercado para cubrir la necesidad de adquirir **PARCHES Y EL EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA EL CONTROL NO INVASIVO DE LA TEMPERATURA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS** con el propósito de seguir dando la adecuada cobertura a la actividad asistencial en este Hospital.

A razón de todo lo anterior, y constatado que la presente contratación resulta necesaria para el cumplimiento de los fines institucionales que este Hospital Clínico San Carlos de Madrid tiene encomendados, así como la idoneidad del objeto contractual planteado para cubrir la necesidad expuesta, se deja constancia de ello y se firma este **Informe Justificativo de Necesidad de la Contratación**, con pleno sometimiento a las disposiciones previstas en la **Ley 9/2017 de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE de 26 de febrero de 2014**.

En Madrid, a la fecha de la firma.

Fdo.: **MIGUEL SÁNCHEZ GARCÍA -**
[Redacted]

Firmado digitalmente por MIGUEL SÁNCHEZ GARCÍA - [Redacted]
Fecha: 2023.06.28 13:44:48 +02'00'

Jefe del Servicio de Medicina Intensiva

POR LA ADMINISTRACIÓN:

Documento firmado digitalmente por: GOMEZ DERCH CESAR ADOLFO
Fecha: 2023.07.11 10:57
Referencia: 47/851667.9/23

Verificación y validez por CSV: [Redacted]
El Director Gerente del Hospital Clínico San Carlos, en virtud de las facultades otorgadas por el Decreto 342/2021 de fecha de 13 de septiembre, de la Viceconsejería de Sanidad (BOCM nº 222 de 17 de septiembre de 2021). La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv