

COMPRA PRIVADA FFM/ICESP 2323/2023

CONCORRÊNCIA – PROCESSO DE COMPRA FFM/ICESP RS 7313/2022

CIRCULAR Nº 03

DUVIDAS TÉCNICAS

São Paulo, 01 de setembro de 2023.

Prezados segue para ciência, **Circular 02**, referente a compra de **15 Ventiladores Pulmonar Mecânico** - ICESSP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), situado à Av. Dr. Arnaldo, nº 251, Cerqueira César – São Paulo/SP.

Seguem abaixo segue respostas de duvidas técnicas, com respostas em vermelho:

Questionamento 1: “Fluxo inspiratório: de no mínimo 6 a 150 l/min;

Motivo: Nosso fluxo é de 0 a 65l/min. O requisito original pede intervalo de fluxo inspiratório de 6 a 150 l/min. No entanto, nosso equipamento possui intervalo de 0 a 65 l/min. Esse intervalo é a base de diversos modelos no mercado que utilizam ventilador mecânico, Fluxos maiores são destinados a pacientes neonatais, até mesmo para ajustes ventilatórios que não é o caso do memorial descritivo que não solicita neonatal, portando, solicitamos adequação para de 6 a 65l/min ou mais, assim não restringe participação de demais.”

Resposta da Engenharia Clínica (ICESP): O item 4.2 será mantido, pois existem algumas circunstâncias em que pode ser necessário utilizar um fluxo inspiratório superior a 65 L/min em um paciente adulto durante a ventilação mecânica. Aqui estão alguns exemplos:

- Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA): Em pacientes com SDRA grave, pode ser necessária uma alta taxa de fluxo inspiratório para melhorar a oxigenação e evitar a atelectasia (colapso dos alvéolos pulmonares);
- Pacientes com vias aéreas estreitas ou obstrução significativa: Em condições como asma grave ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) exacerbada, um fluxo inspiratório elevado pode ajudar a reduzir a resistência ao fluxo de ar nas vias aéreas, facilitando a ventilação;
- Pacientes com padrão respiratório rápido e superficial: Em casos de taquipneia, o aumento do fluxo inspiratório pode ajudar a melhorar a sincronia entre o ventilador e o paciente, permitindo uma ventilação adequada e confortável;
- Pacientes com resistência pulmonar aumentada: Em condições como fibrose pulmonar ou hipertensão pulmonar, um fluxo inspiratório maior pode ajudar a superar a resistência das vias aéreas e dos vasos sanguíneos pulmonares, facilitando a ventilação.

Questionamento 2: “O memorial descreve: 3.3. 4.10 PEEP: de no mínimo 0 a 50 cmH2O;

Motivo: Nossa Peep é de 0 a 40cmh20. Se estabelece um intervalo de pressão expiratória final positiva (PEEP) de 0 a 50 cmH2O, nosso equipamento mantém uma faixa de 0 a 40 cmH2O. Essa faixa também

é muito utilizada e suficiente na terapia hoje em dia. Não há necessidade de valores superiores de peep, visto que pode ser até prejudicial ao paciente. Solicitamos que seja alterado para 0 a 40cmH20, uma vez que não altera a finalidade e aumenta a participação de mais marcas no mercado.”

Resposta da Engenharia Clínica (ICESP): O item 4.10 será mantido, pois o valor de PEEP até 50 cmH2O em comparação com PEEP até 40cmH2O pode ser mais eficiente em situações específicas, tais como:

- Síndrome do Desconforto Respiratório agudo (SDRA) severa: Valor mais alto de PEEP pode ser necessário para manter as vias aéreas abertas, melhorando a oxigenação e ajudar a prevenir o colapso dos alvéolos pulmonares;
- Aumento do recrutamento alveolar: A aplicação de maior pressão na fase expiratória pode ajudar a abrir áreas pulmonares colapsadas ou pouco ventiladas. Isso pode ser benéfico em situações onde há áreas pulmonares não aeradas (atelectasias) ou obstruídas por secreções. Em algumas situações podemos necessitar de níveis de PEEP acima de 40cmH2O.

Questionamento 3: “O memorial descreve: 4.15. Ajuste de ângulo e rampa de pressão;

Motivo: O fluxo é livre e desacelerado como a maioria dos fluxos de ventiladores convencionais. Em relação ao requisito de ajuste de ângulo e rampa de pressão, isso dos padrões atualizados de ventiladores de alta performance e diverge ao oferecer um fluxo livre e desacelerado, similar aos fluxos adotados por ventiladores convencionais amplamente utilizados. Essa configuração tem se mostrado eficaz em situações clínicas e fornece uma experiência ventilatória melhor é aplicável. Portanto, solicitamos alteração para Ajuste de ângulo e rampa de pressão, ou fluxo livre e desacelerado.”

Resposta da Engenharia Clínica (ICESP): O item 4.15 será mantido, tendo em vista que o ajuste de ângulo e rampa de pressão têm sido útil em diversos ajustes que preconizam uma melhor sincronia do paciente com o ventilador pulmonar. O fluxo livre e desacelerado está relacionado ao modo / modalidade ventilatório utilizado, uma vez que também pode ser utilizado um fluxo controlado na aquisição por exemplo alguns dados relacionados a mecânica pulmonar. A presença de fluxo livre e desacelerado é uma obrigatoriedade exigida pelo próprio modo / modalidade ventilatória.

Questionamento 4: “O memorial descreve: 5.9. Ajuste do tempo de apneia de até 30 segundos, com ventilação de Backup, nos modos PSV, APRV e Bilevel.

Motivo: Solicitamos alteração para Backup, nos modos PSV, APRV e Bilevel. Nem todos possuem ajuste de tempo em apneia. Tal alteração não altera a segurança do equipamento nem a necessidade de backup.”

Resposta da Engenharia Clínica (ICESP): O item 5.9 será mantido, pois o ajuste de tempo de apneia é condição obrigatória, uma vez que tal ajuste de tempo pode ser amplamente variável de acordo com as condições clínicas apresentadas por cada paciente.

Questionamento 5: “O memorial descreve: Possibilidade de integração com prontuário eletrônico Tasy (Philips).

Motivo: Essa conexão restringe uma ampla gama de fornecedores e remete a marcas específicas no mercado. Solicitamos a retirada deste item.”

Resposta da Engenharia Clínica (ICESP): O item 7.3 será mantido, pois o ICESP utiliza a integração com prontuário eletrônico do sistema TASY para o envio de sinais vitais que é uma ferramenta importante que oferece vantagens significativas para a gestão do cuidado em pacientes.