

RESPUESTAS A LAS SOLICITUDES DE ACLARACIÓN SOBRE DIVERSAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL EXPEDIENTE RELATIVO AL SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE RESPIRADORES DE INVASIVA Y TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA A ADJUDICAR POR PROCEDIMIENTO ABIERTO CON PLURALIDAD DE CRITERIOS.

EXPEDIENTE A/SUM-037956/2026

A los efectos previstos en el art. 138.3 de la LEY 9/2017, 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 adelante LCSP - y en relación a las consultas formuladas:

Consulta formulada por NIHON KOHDEN IBERICA, S.L. mediante correo electrónico el 22 de septiembre de 2026, se informa:

Pregunta:

Nuestro interés es confirmar si el PPT pretende definir las prestaciones clínicas mínimas requeridas o si determinadas características deben cumplirse exactamente en la forma técnica descrita, dado que existen actualmente diferentes tecnologías EIT que permiten abordar objetivos clínicos similares mediante distintas implementaciones.

En este sentido, agradeceríamos aclaración sobre los siguientes puntos:

1. Punto 27 – Sistema de interacción

Se exige que el monitor disponga de pantalla táctil de al menos 13" y, adicionalmente, de una "ruleta de selección/modificación de parámetros independiente de la pantalla táctil". ¿Podrían confirmar cuál es la necesidad clínica o funcional que justifica que el sistema deba disponer obligatoriamente de un mando rotatorio físico independiente? ¿Se admitiría como equivalente un equipo completamente táctil que permita realizar las mismas operaciones de selección y modificación de parámetros?

Respuesta:

No se admite un equipo completamente táctil. La exigencia de disponer de una ruleta física independiente de la pantalla táctil responde a una necesidad funcional específica del sistema de monitorización EIT y constituye una prestación adicional a la mera disponibilidad de una interfaz táctil.

2. Punto 29.a – Monitorización de perfusión

El PPT solicita la visualización de la distribución regional del aire y de la perfusión “en tiempo real”. ¿Debe interpretarse este requisito como la necesidad de disponer obligatoriamente de monitorización continua de la perfusión en tiempo real, o sería admisible una solución EIT que permita evaluar regionalmente la perfusión mediante adquisición y análisis específico, aunque el procesamiento no sea continuo? Agradeceríamos asimismo conocer cuál es la finalidad clínica concreta que se pretende cubrir con el carácter “en tiempo real” de esta prestación.

Respuesta:

No se admite una solución basada exclusivamente en una adquisición puntual seguida de un procesamiento diferido. El carácter de tiempo real sirve para generar y actualizar la información funcional de forma suficientemente inmediata durante la adquisición, de manera que permita su utilización como herramienta de monitorización a pie de cama y facilite la valoración de cambios dinámicos.

3. Punto 29.d – AUTO/GAIN

Se solicita la posibilidad de ajustar manual y automáticamente la intensidad de señal de las imágenes de ventilación y perfusión (AUTO/GAIN). ¿Debe entenderse la denominación AUTO/GAIN como una funcionalidad concreta o como una referencia genérica a la optimización automática/manual de la visualización de las imágenes? ¿Se admitirían sistemas con algoritmos automáticos de optimización de imagen equivalentes, aunque la función no reciba dicha denominación?

Respuesta:

Podrán admitirse funcionalidades con una denominación diferente siempre que la documentación técnica aportada permita verificar que el sistema dispone de una funcionalidad equivalente de optimización manual y automática de la representación de la señal, proporcionando una finalidad y resultado funcional equivalente.

4. Punto 29.g.i – Retraso Regional de la Ventilación

¿Es imprescindible que el parámetro de Retraso Regional de la Ventilación se encuentre específicamente integrado en la pantalla de análisis de PEEP, o sería admisible un sistema que permita valorar regionalmente el reclutamiento, desreclutamiento y comportamiento temporal de la ventilación mediante parámetros EIT clínicamente equivalentes?

Respuesta:

No se admite un sistema que permita valorar regionalmente el reclutamiento, desreclutamiento y comportamiento temporal de la ventilación mediante parámetros EIT clínicamente equivalentes

sin permitir compararlo simultáneamente con los diferentes valores de PEEP para establecer la estrategia de ventilación más adecuada para el paciente.

5. Punto 29.g.ii – Índice de Coincidencia Ventilación-Perfusión

Respecto a la exigencia de visualizar un “Índice de Coincidencia Ventilación-Perfusión”, agradeceríamos aclaración sobre si se exige un índice o algoritmo concreto o si serán admitidos otros métodos o parámetros cuantitativos que permitan valorar la relación regional entre ventilación y perfusión con finalidad clínica equivalente. En caso de requerirse específicamente dicho índice, agradeceríamos conocer la justificación clínica que determina la necesidad de esta métrica concreta frente a otras metodologías EIT de evaluación de la relación ventilación/perfusión.

Respuesta:

Podrán valorarse soluciones que empleen una denominación o algoritmo diferente, siempre que acrediten que proporcionan una evaluación cuantitativa de la relación entre ventilación y perfusión con finalidad clínica y funcional equivalente. La mera disponibilidad de imágenes independientes de ventilación y perfusión no se considerará, por sí sola, equivalente a disponer de un parámetro o metodología que permita valorar cuantitativamente su correspondencia

6. Punto 29.g.iii – Índice de Inhomogeneidad

¿Se admitirá como equivalente la evaluación cuantitativa de la heterogeneidad/distribución regional de la ventilación mediante otros parámetros o índices validados, aunque no estén denominados específicamente “Índice de Inhomogeneidad”?

Respuesta:

Podrán considerarse equivalentes otros índices o parámetros cuantitativos siempre que se acredite que permiten realizar una valoración objetiva y cuantitativa de la heterogeneidad de la distribución regional de la ventilación con finalidad funcional equivalente.

7. Punto 29.k – Regiones de interés

En relación con la posibilidad de ajustar regiones de interés (ROI), ¿debe entenderse como requisito imprescindible la modificación manual de su geometría/localización por el usuario, o se admitirán sistemas que realicen automáticamente la segmentación y evaluación regional del pulmón proporcionando información clínica equivalente?

Respuesta:

Una solución que realice una segmentación automática podrá considerarse equivalente siempre que permita igualmente al usuario seleccionar, modificar o ajustar las ROI cuando sea necesario. La automatización del proceso no se considera, por sí misma, sustitutiva de la capacidad de

intervención del usuario sobre las regiones de interés, dado que ambas funcionalidades responden a necesidades complementarias.

EL DIRECTOR GERENTE

Firmado digitalmente por: GARCIA PONDAL JULIO
Fecha: 2026.09.23 09:53