

TRANSPORTE DEL PACIENTE CRITICO PEDIÁTRICO.

**Dr Victor Monreal
UPC Unidad de Paciente Crítico
Hospital Roberto del Río
Santiago de Chile
victorivomonreal@gmail.com**

Los sistemas de transporte para pacientes pediátricos críticos, se han transformado en un campo de creciente interés en la pediatría clínica y académica; han surgido especialmente en las últimas dos a tres décadas, como consecuencia del progresivo desarrollo tecnológico sanitario, del mejoramiento de la calidad de los servicios y de la especialización de la pediatría, como una necesidad, situada en centros de alta envergadura y centrada en lugares específicos para la atención de este tipo de paciente . Las causas del transporte pediátrico son muy heterogéneas, van desde la patología específica grave a accidentes de gran magnitud.

Se define como transporte sanitario del paciente crítico, aquél que se realiza para el desplazamiento de pacientes con patologías específicas, accidentados o por otra razón sanitaria, en sistemas de transporte especialmente acondicionados para tal efecto.

Con la categorización de los hospitales y el incremento de las especialidades, el transporte del paciente crítico se ha vuelto muy común. El gran esfuerzo que supone la debida atención al enfermo y la necesidad de coordinación entre el centro emisor y el receptor, exigen una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias y de la elección del medio de transporte Para este propósito, se definió que el paciente referido de un lugar distante, con una enfermedad grave, accidente o trauma y llevado a un centro cercano corresponde a transporte primario. En este centro sanitario se comienza el manejo terapéutico y estabilización inicial, siendo necesario en muchos casos, remitir al enfermo a otro

centro que disponga de unidad de cuidados intensivos pediátricos (UPC), cirugía especializada o tecnología de vanguardia lo que se a definido como transporte secundario o interhospitalario.

2

Un aspecto fundamental en la recuperación de este tipo de pacientes es el cuidado proporcionado durante el transporte inter e intrahospitalario. Por esta razón, las guías recomiendan a todos los hospitales tener un plan formalizado de transporte, desarrollado por un equipo multidisciplinario, que debe incluir las directrices de comunicación y coordinación, personal y de grupo, de monitoreo durante el transporte y de documentación, el cual debe ser evaluado regularmente mediante procesos de mejoramiento de la calidad.

Se deberán registrar en Hoja Ad Hoc Datos de identificación del paciente:

- nombre del paciente,
- fecha de nacimiento,
- edad,
- sexo,
- dirección y teléfono
- fecha de transporte,
- médico que solicita el traslado,
- hospital y unidad de referencia,
- teléfono y extensión telefónica del remitente,
- hospital y unidad receptora,

médico receptor, en el caso que se traslade paciente a nuestro hospital la comunicación deber ser médico a médico y se debe enviar resumen por escrito de paciente por vía fax ó mail, el cual debe especificar los siguientes datos clínicos:

3

- motivo de traslado,
- historia clínica,
- signos vitales, de exploración y analíticos iniciales,
- tratamiento recibido,
- clasificación de la enfermedad,
- actuación del equipo de transporte,
- problemas que se encuentran,
- evolución posterior,

Igualmente se debe establecer:

- asignación de forma de transporte,
- composición de tripulación del traslado,
- control de tiempos.

Carta de resguardo y especificar previsión

Dentro de los fármacos que se deben llevar en un traslado son de vital importancia los siguientes:

I.- Fármacos de paro cardíaco:

Atropina,

Bicarbonato,
Cloruro de Calcio,
Glucosa,

4

Adrenalina,
Lidocaína

II.- Medicación cardiovascular:

Dobutamina,
Dopamina,
Nitroprusiato,
Noradrenalina,
Adenosina
Verapamil,
Prostaglandina E1.

III.- Antibióticos:

Ampicilina,
Cefotaxima,
Ceftriaxona,
Gentamicina,
Penicilina,

IV.- Sedantes y relajantes musculares.-

Diacepam,

Fenitoina,
Mida zolam,
Morfina,

5

Fentanilo,
Ketamina,
Pentotal,
Vecuronio
Etomidato.

V.- Otros.-

Carbón activado,
Hidrocortisona, metilprednisolona, dexametasona,
Difenhidramina,
Flumazenil,
Naloxona,
Furosemida,
Insulina,
Glucagon,
Heparina,
Salbutamol,

Tiamina,

Vitamina K.

Paracetamol.

6

VI.- Soluciones de cristaloides y coloides:

-Glucosado al 5%, 10%, 50%

-Salino fisiológico,

-Glucosalino a 1/5,

-Albúmina al 20%

-Manitol al 20%

-Bicarbonato

-Ringer lactato.

Para realizar un transporte seguro para el paciente, la ambulancia debe contar para el transporte, la siguiente infraestructura

I.-Dispositivos de vigilancia:

-Monitor de EKG, con cables, electrodos, gel conductor,

-Desfibrilador,

-Medidor de PA, con manguitos de varios tamaños,

-Transductor de presión invasiva,

-Saturómetro de O₂

- Termómetros/sonda de temperatura,
- Fonendoscopios,
- Linternas.

7

II.- Material para control de vías respiratorias:

- Mascarilla del 0 al 5 con bolsa y válvula,
- Ambú,
- Tubos endotraqueales, del 2 al 7,
- Fijadores para tubos endotraqueales,
- Cánulas de Mayo,
- Bombonas de oxígeno, (duración doble al del viaje)
- Humidificador,
- Cánulas nasales,
- Ventilador,
- Aspirador, y sondas de aspiración, eléctricas y manuales,
- Mango y hojas de laringoscopio,
 - Rectas Miller del 0 al 4
 - Curvas Macintosh del 1 al 4
- Pinzas de Magill,
- Cánulas de traqueostomía.

III.- Material para acceso vascular:

- Bombas de infusión iv. (unas 4, de ellas 2 de alta precisión)

-Catéteres, sistemas y conectores iv., llaves de 3 pasos,

-Catéteres para vasos umbilicales,

-Filtros iv.

8

-Agujas intraóseas,

-Agujas de varios tamaños,

-Jeringas de varios tamaños,

IV.- Material para procedimientos:

-Guantes, bisturís, pinzas, tijeras,

-Desinfectantes: clorexidina, alcohol,

-"Caja de venotomía",

-Trócares de punción pleural, sistemas de drenaje pleural ,

-Equipo de sutura, material de sutura,

-Sondas urinarias,

-Rasuradoras,

-Tiras químicas (dextrostix, combur-test)

-Torniquetes,

-Depresores linguales.

V.- Material parar inmovilización:

-Collares cervicales,

- Tablones de apoyo,
- Tablones acolchados para brazo y piernas,
- Cinta, tiras de velcro,

9

- Apósitos,
- Férulas y vendajes.

VI.- Equipo de seguridad:

- Camilla/incubadora asegurable,
- Extintor de incendios,
- Caja de herramientas estándar.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care.
Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients. *Pediatrics*, 1986; 78: 943-950.
- Edge WE, Kanter RK, Weigle CG, et al. Reduction of morbidity in interhospital transport by specialized pediatric staff. *Crit Care Med* 1994;22:1186-91.
- Ferdinande P. Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient. Working Group on Neurosurgical Intensive Care of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1999 Dec;25(12):1441-3.
- Gebremichael M, Borg U, Habashi NM, Cottingham C, Cunsolo L, y cols.
Interhospital transport of the extremely ill patient: the mobile intensive care unit.
Crit Care Med. 2000 Jan;28(1):79-85.

-Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients.

Crit Care Med 2004; 32: 256-262.

10

-Jaimovich DG, Vidyasagar D. Estabilización y tratamiento durante el transporte del niño.

Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Medicina de transporte. Ed. Interamericana.

Philadelphia 1993, 255-268.

- Mazurek A. Pediatric trauma: Overview of the problem. J Post Anesth Nurs 1991;6:331-5

-McCloskey KA, Jhonston C. Critical Care Interhospital transports; predictability of the need for a paediatrician. Pediatr Emerg Care 1990;6:89-92.

Santiago, Mayo 2010
Dr. Víctor Monreal Elaiza
Staff UPC Roberto del Río
Email: victorivomonreal@gmail.com

