



Hospital de Pediatría
Garrahan

III° CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA
29,30 de Junio y 1° de Julio de 2016



Situaciones Especiales de Traslado



Nicolás Morcillo

Caso clínico

- Cesárea por HTA , madre diabética, EGB negativo, 32 años, segunda gesta, serologías negativas, embarazo controlado.
- Recién nacido de 37 sem, 3880g, Apgar 8/9, examen físico normal.
- Antes de salir de recepción el RN comienza con leve quejido espiratorio, aleteo nasal y tiraje subcostal.
- Se traslada en incubadora a Neo con oxígeno por halo y saturometría 96%.
- Se coloca en servocuna con halo cefálico FiO2 60%, SOG abierta, VCL 70/0/0 Flujo 4,8 por vía periférica, saturometría.
- El paciente continúa taquicárdico y luego de 2hs de nacido tiene un EAB: 7,24/62/60/19/-5.

Usted decide:

- a) Expansión con solución fisiológica a 10ml/k.
- b) Conducta expectante debido a que apenas han transcurrido 2 hs de nacido.
- c) Colocar CPAP nasal 5/100%
- d) Aumenta la FiO₂ del halo cefálico a 100% y continúa controlando.
- e) Ingresa al paciente a ARM.

Usted decide:

- a) Expansión con solución fisiológica a 10ml/k.
- b) Conducta expectante debido a que apenas han transcurrido 2 hs de nacido.
- c) Colocar CPAP nasal 5/100%
- d) Aumenta la FiO₂ del halo cefálico a 100% y continua controlando.
- e) Ingresa al paciente a ARM.

Luego de ingresar en ARM 25/5/0,4/35/100% se constata TA 48-25/35, con saturometría de 96% y FC:175 que conducta tomaría?

- a) Expansión con solución fisiológica y nuevo control.
- b) Canaliza vasos umbilicales, expande con solución fisiológica e inicia goteo de Dopamina.
- c) Indica Dobutamina por vía periférica y mantiene controles.
- d) Conducta expectante, la TA no es lo más importante mientras el paciente sature bien.
- e) Disminuye PIM para facilitar el llenado ventricular y mejorar la TA.

Luego de ingresar en ARM 25/5/0,4/35/100% se constata TA 48-25/35, con saturometría de 96% y FC:175 que conducta tomaría?

- a) Expansión con solución fisiológica y nuevo control.
- b) Canaliza vasos umbilicales, expande con solución fisiológica e inicia goteo de Dopamina.**
- c) Indica Dobutamina por vía periférica y mantiene controles.
- d) Conducta expectante, la TA no es lo más importante mientras el paciente sature bien.
- e) Disminuye PIM para facilitar el llenado ventricular y mejorar la TA.

El paciente continúa desmejorando y debido a su complejidad y por encontrarse en una UCIN sin VAFO ni Óxido Nítrico, un colega suyo sugiere solicitar la derivación:

- a) Usted cree que aún tiene alternativas terapéuticas para el paciente
- b) Decide continuar intentando, siempre hay tiempo para pedir la ambulancia y correr.
- c) Toma como válida la sugerencia y solicita la derivación.
- d) Con todo lo que hizo hasta acá el paciente debería mejorar y se acuesta a dormir.
- e) Piensa que falta poco para que su guardia finalice y confía en que mañana estará mejor.

Debido a la complejidad del paciente y por encontrarse en una UCIN sin Oxido Nitrico ni VAFO, un colega suyo sugiere que debería solicitar la derivación:

- a) Usted cree que aún tiene alternativas terapéuticas para el paciente
- b) Decide continuar intentando, siempre hay tiempo para pedir la ambulancia y correr.
- c) **Toma como válida la sugerencia y solicita la derivación.**
- d) Con todo lo que hizo hasta acá el paciente debería mejorar y se acuesta a dormir.
- e) Piensa que falta poco para que su guardia finalice y confía en que mañana estará mejor.

Puntos clave

- Asumir al paciente como **Hipertenso pulmonar** y comenzar tratamiento oportuno para el mismo.
- Solicitar la derivación **a tiempo** antes que el paciente este lo suficientemente grave como para no poder trasladarse.

Caso clínico

- Con mayor requerimiento de ARM
35/5/0,5/50/100% Dopamina 20u/k/min,
Dobutamina 10u/k/min, Fentanilo 5u/k c/4hs y
Vecuronio 0,1mg/k c/4hs. Saturación preductal 92%
y postductal 85%.
- El equipo tratante considera que el paciente esta
demasiado grave y decide que es conveniente
solicitar la derivación a un centro
de mayor complejidad.



Antes de iniciar el proceso de traslado su enfermera le pregunta que equipamiento necesita:

- a) Le contesta que no se preocupe que ya dejaron todo preparado.
- b) Le dice que chequee el estado de la incubadora y que prepare un saturómetro con batería.
- c) Prepara drogas de reanimación, incubadora y monitor multiparamétrico.
- d) Le dice que no hay tiempo que perder y salen con lo que tiene el paciente.
- e) Chequea las drogas para el traslado, bombas de infusión, monitor multiparamétrico, incubadora y estado de los fluidos.

Antes de iniciar el proceso de traslado su enfermera le pregunta que equipamiento necesita:

- a) Le contesta que no se preocupe que ya dejaron todo preparado.
- b) Le dice que chequee el estado de la incubadora y que prepare un saturómetro con batería.
- c) Prepara drogas de reanimación, incubadora y monitor multiparamétrico.
- d) Le dice que no hay tiempo que perder y salen con lo que tiene el paciente.
- e) **Chequea las drogas para el traslado, bombas de infusión, monitor multiparamétrico, incubadora y estado de los fluidos.**

Antes de salir

- Chequear equipamiento: materiales descartables (x2), bombas de infusión y monitor con batería cargada, drogas, etc. (Checklist)
- Verificar estado de los fluidos
- Preparar planes de drogas
- Historia clínica de traslado



El medico receptor le pide que antes de salir tome un EAB y una Rx de tórax, usted:

- a) Toma la Rx y el EAB y sube pronto a la ambulancia.
- b) Chequea y corrige la posición del TET y luego emprende el viaje.
- c) Corrige el TET y modifica el setting del respirador según el resultado del EAB.
- d) Modifica el setting del respirador y el TET y solicita un nuevo EAB.
- e) Modifica el respirador y el TET y solicita nueva Rx y EAB para verificar los cambios.

El medico receptor le pide que antes de salir tome un EAB y una Rx de tórax, usted:

- a) Toma la Rx y el EAB y sube pronto a la ambulancia.
- b) Chequea y corrige la posición del TET y luego emprende el viaje.
- c) Corrige el TET y modifica el setting del respirador según el resultado del EAB.
- d) Modifica el setting del respirador y el TET y solicita un nuevo EAB.
- e) **Modifica el respirador y el TET y solicita nueva Rx y EAB para verificar los cambios.**

Estabilización pre traslado

- Monitorización: ECG, TA invasiva, saturometría pre y postductal, servocontrol de temperatura.
- Normotensión.
- Modificar setting según nuestro criterio.
- Ver último EAB, Rx y si es necesario repetir.

Estabilización pre traslado

- Correcciones de medio interno.
- Sedación y parálisis muscular.
- Controlar permeabilidad y accesibilidad de vías.
- Normotermia.
- Consentimiento e información a los padres.
- Dedicar el tiempo necesario a la **estabilización previa (90-120min)**.
- Establecer ruta con el chofer.

Durante el traslado el paciente presenta episodios de desaturación por lo que usted:

- a) Desconecta del respirador y ventila con bolsa para recuperarlo e indica al chofer que acelere
- b) Indica a la enfermera que administre Fentanilo en bolo y continúa viaje.
- c) Por encontrarse próximo al destino le pide al chofer que encienda la sirena y acelere.
- d) Indica detener o aminorar la marcha, monitoriza la TA, compensa al paciente y luego continúa viaje.
- e) Decide aspirar el TET y le pide al chofer que acelere.

Durante el traslado el paciente presenta episodios de desaturación por lo que usted:

- a) Desconecta del respirador y ventila con bolsa para recuperarlo e indica al chofer que acelere
- b) Indica a la enfermera que administre Fentanilo en bolo y continúa viaje.
- c) Por encontrarse próximo al destino le pide al chofer que encienda la sirena y acelere.
- d) **Indica detener o aminorar la marcha, monitoriza la TA, compensa al paciente y luego continúa viaje.**
- e) Decide aspirar el TET y le pide al chofer que acelere.

Traslado de Hipertenso pulmonar

- Paciente inestable.
- Crisis hipertensivas.
- Complicaciones (NTX, falta de vías, etc.)
- Tratamiento máximo e insuficiente.
- Verdadero desafío.
- Continuar tratamiento hasta el arribo del equipo de traslado.



Durante el traslado

- Monitorización continua.
- Cinturones de seguridad.
- Evitar crisis de hipertensión.
- Asegurar sedación continua.
- Accesos venosos disponibles para administrar bolos.
- Registro de signos vitales en HC de traslado.

Recuerde!!

- Si ud se ocupo de **estabilizar** al paciente y lo **monitoriza** de forma adecuada durante el traslado, seguro será un **éxito!!**
- Tome el tiempo necesario antes de salir y su viaje será placentero, su paciente, su colega que recibe el paciente y la familia se lo agradecerán.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DEL TRASLADO NEONATAL



TRABAJO EN EQUIPO



VIAJE TRANQUILO Y CONTROLADO



MUCHAS GRACIAS

