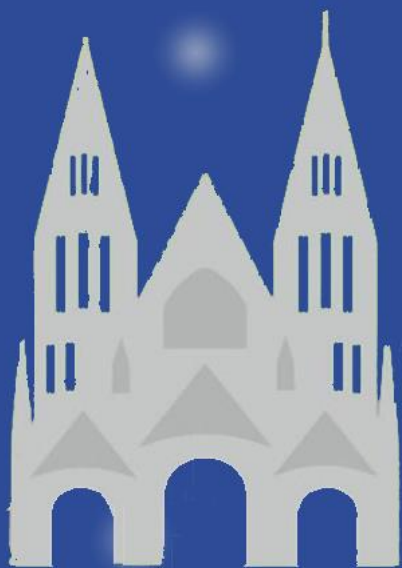




HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E
Municipio de Sandoná Nariño

NIT 891.200.248-0



Hospital Clarita Santos E.S.E
2020-2023

PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

Su Salud y Bienestar en Nuestras Manos

Calle 9 N° 3-39 | Teléfonos 7288057 - 7288101 | www.claritasantoses.gov.co

Sandoná - Nariño



PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
	Página: 1 de 21

1. OBJETIVO

Garantizar un traslado integral, oportuno y con calidad a los usuarios que necesiten el servicio del Hospital Clarita Santos E.S.E., la cual es una institución prestadora de servicios de salud de bajo nivel de complejidad a la comunidad del departamento de Nariño.

2. ALCANCE

Definición de la conducta y condiciones adecuadas de traslado de pacientes, en todo el personal encargado de la prestación del servicio de transporte asistencial de pacientes (TAB).

3. RESPONSABLES

Médico, Enfermera jefe, Auxiliares de enfermería, conductor de la ambulancia.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo tecnológico permite contar con recursos cada vez más avanzados para el cuidado del paciente.

A diferencia de épocas anteriores, la ambulancia moderna debe ser un vehículo dotado con los elementos necesarios para proveer de manera eficiente la asistencia que el paciente requiere para mantener su estado de salud hasta el acceso a un centro asistencial.

El propósito de esta guía es reducir en lo posible las condiciones adversas que puedan empeorar la condición clínica del paciente, así como procurar la seguridad del personal y la reducción de los riesgos asociados en la operación.


Igualmente, establecer la secuencia de acciones a realizar en la ambulancia para el manejo pre hospitalario del estado de salud del paciente, hasta ser llevado al servicio de salud más cercano (transporte primario). Este procedimiento aplica para todas las personas que trabajan en las ambulancias.

4. DEFINICIONES

Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

4.1. TRANSPORTE PRIMARIO: es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención pre hospitalario.

4.2. TRANSPORTE SECUNDARIO: es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención pre hospitalario.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12 Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0 Página: 1 de 21

4.3. AMBULANCIA BÁSICA: unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención pre hospitalaria y conductor.

4.4. AMBULANCIA MEDICALIZADA: unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, auxiliar de enfermería o tecnólogo en atención pre hospitalaria y conductor.

4.5. AMBULANCIA DE TRASLADO NEONATAL: tiene lo mismo que la ambulancia medicalizada adicionando la cámara de Hood neonatal o incubadora portátil.

5. GENERALIDADES

Las ambulancias en cualquiera de sus niveles de complejidad de atención son consideradas vehículos de emergencia y se rigen por el Código Nacional de Tránsito y los artículos que los protegen, les brindan prioridad y cuidado especial por parte de la ciudadanía.


En el transporte primario los equipos de trabajo tanto básicos como medicalizados deben cumplir las mismas secuencias, éstas incluyen:

- Evaluación de la escena (seguridad y situación).
- Uso de dispositivos de bioseguridad (guantes, mascarilla y lentes protectores).
- Valoración inicial del paciente (secuencia ABCDE).
- Embalaje (protección de hipotermia e inmovilización para el transporte).
- Transporte.

En situaciones de emergencia o desastre la prioridad de traslado debe asignarse de acuerdo con lo estipulado en el sistema de clasificación triage.

5.1. RECURSOS NECESARIOS

- Exploradora externa para búsqueda de direcciones.
- Conos de señalización.
- Historia clínica (hoja de referencia).
- Registro colectivo de pacientes.
- Dotación mínima estándar de la ambulancia.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

5.2. PREPARACIÓN DEL VEHÍCULO

Las medidas iniciales que deben ser siempre asumidas por el personal de la ambulancia al comenzar cada turno son:

- Inspección del vehículo apagado.
- Inspección del vehículo con el motor encendido.
- Inspección del compartimiento del paciente, insumos y equipos.

Una vez se haya evaluado y cumplido con rigurosidad estos pasos, de acuerdo con los formatos preestablecidos para este fin, el vehículo y la tripulación estarán listos para recibir y responder una llamada de auxilio.

5.3. DESPLAZAMIENTO DEL VEHÍCULO

El manejo del vehículo ambulancia debe hacerse siguiendo todas las normas de seguridad en la conducción, según los parámetros establecidos en materia de transporte y tránsito en el país. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Seleccionar la ruta más indicada.
- Ubicar adecuadamente el vehículo en la zona donde se genera el servicio así como en el lugar de destino.

6. TRASLADO DEL PACIENTE A LA AMBULANCIA

Una adecuada disposición de la ambulancia debe permitir el abordaje del paciente sin dificultad, recogerlo desde el lugar donde se encuentra, transferirlo al vehículo y prestarle la asistencia requerida.

La presencia de riesgos asociados al evento que generó la lesión, así como la categorización clínica del paciente, son parámetros que indican la necesidad de moverlo antes de prestarle asistencia; en caso contrario, debe darse la atención inicial, antes de trasladarlo a la ambulancia, en donde se dará continuación al procedimiento de valoración y atención necesario, según la capacidad de respuesta de la tripulación.

El traslado a la ambulancia debe contemplar los siguientes aspectos:

Selección del medio indicado: traslado manual del paciente o preferiblemente en camilla portátil para pasarlo a la camilla principal.

Embalaje adecuado del paciente: inmovilización y protección de las salientes óseas, lesiones y prevención de la hipotermia.

Desplazamiento del paciente hacia el vehículo.

Ingreso del paciente al vehículo.

6.1. ASPECTOS ERGÓNICOS

El procedimiento de recogida y traslado del paciente a la ambulancia requiere de esfuerzos que implican levantar, desplazar, empujar, halar o extender, todos ellos causales comunes de lesión en el auxiliar, conductor o médico, daño que se puede generar si se presenta un desequilibrio entre el peso del paciente a levantar y la fuerza generada por el personal de la ambulancia.

La mejor medida de prevención de lesiones corporales en el personal debe estar enfocada en una mecánica corporal correcta, una buena técnica y una espalda saludable.

Otros factores asociados al riesgo de lesión en el personal que se encuentra en la ambulancia son:

Condición física: es necesario permanecer relajado y en forma para evitar posibles lesiones. La tensión de los músculos y ligamentos es un factor importante para el levantamiento correcto de un paciente. Si hay deficiencias en la condición física del personal, el organismo no responderá en forma eficiente a la tensión externa generada por el levantamiento del cuerpo del paciente.

El control del peso en el personal es también importante para mantener una columna saludable. La mecánica corporal correcta implica una adecuada alineación de la columna vertebral por parte del auxiliar o conductor. Mantener muñecas y rodillas en alineación normal, así como evitar extensiones sobre la cabeza, en especial con cargas pesadas, puede reducir la posibilidad de lesiones.

Técnicas de levantamiento: se deben utilizar los músculos de las piernas, espalda y abdomen durante el levantamiento. Las piernas, los glúteos y el fémur trabajan en forma activa para levantar y bajar el cuerpo y el peso.

Mientras más alejado esté el peso del cuerpo del paciente del personal, los músculos tienden a trabajar más duro; por tanto, se debe mantener el cuerpo de éste lo más cerca posible del auxiliar o conductor.



Reglas de levantamiento: al levantar un paciente se debe tener en cuenta algunas consideraciones mínimas tales como: conocer el peso del paciente a levantar y sumarle el del equipo, identificar las capacidades del personal y sus limitaciones físicas, comunicación clara y frecuente entre los integrantes del equipo, coordinando verbalmente cada movimiento de principio a fin.

6.2. TRANSPORTE DEL PACIENTE AL HOSPITAL

Las siguientes actividades deben ser desarrolladas una vez el paciente ha sido ingresado a la ambulancia, hasta que sea entregado al personal del servicio hospitalario que lo recibe:

Preparación del paciente para el transporte: una serie de medidas iniciales deben ser previstas por el personal al ingresar el paciente a la ambulancia: controlar la vía aérea, asegurarlo a la camilla, fijar la camilla a la ambulancia, utilizar la posición más adecuada según el tipo de lesión, prepararse para eventuales complicaciones respiratorias o cardíacas, aflojar ropas apretadas, revisar inmovilizaciones y vendajes, prestar apoyo psicológico, asegurar el acompañamiento de un familiar o conocido del paciente y proteger los artículos personales. Cuando todo está en orden y se han seguido estos pasos, se debe dar la señal de salida al conductor de la ambulancia e iniciar las maniobras de cuidado del paciente durante el transporte.

Colocación del paciente para el transporte: de acuerdo con el tipo de lesión que presente el paciente hay diversas posiciones que pueden ser utilizadas para brindarle mayor comodidad y protegerlo.

Decúbito supino: paciente sin alteraciones ventilatorias, circulatorias o neurológicas.



Decúbito supino semisentado: paciente con dificultad respiratoria de cualquier origen.



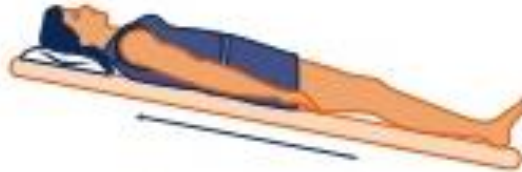
Sentado con piernas colgadas: pacientes con insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón.



Decúbito supino en trendelemburg: paciente hipotenso o en estado de shock.



Decúbito supino en anti-trendelemburg (fowler): sospecha de hipertensión intracraneal.



Decúbito lateral izquierdo: embarazadas, sobre todo del tercer trimestre.



Posición genupectoral: presencia de prolapso de cordón umbilical.



Posición lateral de seguridad: paciente inconsciente.



Cuidado del paciente durante el desplazamiento:

Al menos un auxiliar debe acompañar al paciente durante todo el tiempo del transporte, con el fin de que pueda asumir las acciones necesarias para prestarle una asistencia adecuada.

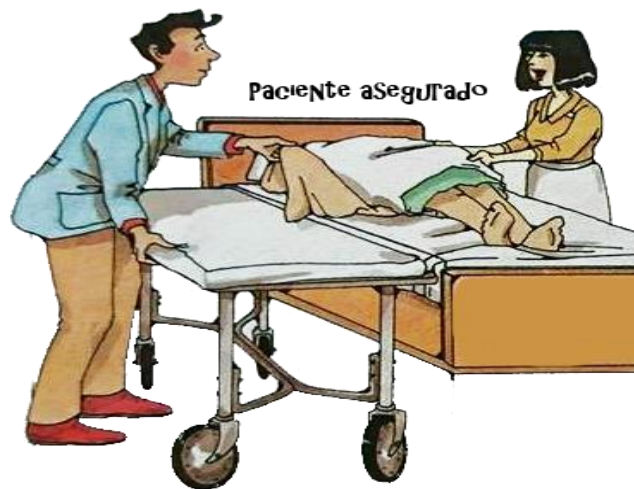
Estas pueden incluir, notificar al conductor el momento en que puede iniciar el recorrido, continuar prestando la asistencia al paciente, recopilar información adicional para la historia clínica, llevar un monitoreo de los signos vitales, transmitir los datos sobre evolución del paciente, revisar el estado de vendajes e inmovilizadores, controlar secreciones y sangrados, avisarle al conductor cualquier cambio que se presente, iniciar maniobras de reanimación en caso necesario y en especial hablar con el paciente y brindarle el apoyo psicológico durante todo el recorrido.

Transferencia del paciente a la sala de urgencias:

Una vez se ha tenido acceso al servicio de urgencias debidamente confirmado con anterioridad por la operadora u operador encargado, de manera que no se genere retraso en la entrega del paciente al personal médico de turno, se debe procurar transferirlo a la camilla apropiada según la disponibilidad del servicio.

En ocasiones, se debe dejar con el paciente algunos insumos y equipos utilizados para su inmovilización y embalaje, para evitar manipulación innecesaria que pueda conducir a un deterioro de su estado de salud.

Es preferible solicitar al servicio de urgencias que guarden estos implementos o que los repongan por otros que estén disponibles.




7. PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS Y PERSONAS EN ABANDONO O SIN ACOMPAÑANTE A CLÍNICAS Y HOSPITALES DE NIVELES SUPERIORES

El traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañante, es casi similar al de los pacientes que no lo son. Lo único que variara es el cuidado que los médicos tendrán con el paciente, depende del estado en el que se encuentre, si su estado es grave o no.

El traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañante en la ambulancia, se determina por el tipo de accidente que ha sufrido el paciente y la gravedad del mismo a la hora de la llegada de este a la ambulancia.

El traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañante, va a ser determinado por el médico profesional que se encuentre de turno, éste debe diagnosticar al paciente y determinar si la alteración en su salud es tan grave como para tomar la decisión del traslado a otra institución, en donde recibirá la atención médica necesaria para su tratamiento de salud.

Por otro lado el médico ésta completamente avalado para atender, y revisar al paciente, para determinar su cuadro de gravedad y así decidir por sobre él el traslado. A causa de este diagnóstico y de la gravedad del paciente se decidirá si su traslado va a ser realizado recostado sobre una camilla ya que esta forma se implementa en aquellos pacientes de mucha gravedad, e incluye la utilización de materiales médicos, que se encuentren en la ambulancia cómo respiradores, oxígeno, aparatos cardio-respiratorios etcétera, o simplemente sentado sobre una superficie en la ambulancia este modo se implementa en aquellos pacientes a quienes no se los diagnostica con tanta gravedad y pueden

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
		Versión 2.0
		Página: 1 de 21

permanecer de pie sin que el estado de su salud sea modificado en forma de agravarlo; sentado el paciente, también puede ser proveído de oxígeno, y en el caso de tener alguna herida no tan profunda, puede ser asistido por el médico de la ambulancia mientras se trasladan al lugar dónde el paciente recibirá la asistencia.

Mediante el paciente se encuentre en el interior de la ambulancia siendo trasladado puede contar con la presencia de algún familiar o conocido, quien será el medio de comunicación entre los médicos y la familia y amigos del paciente.

Esto ocurre mayoritariamente en el traslado de pacientes pediátricos y personas en abandono o sin acompañante cuando el mismo se encuentra en un estado crítico. Cuando el paciente este en abandono o sin acompañante se suma a la tripulación el Coordinador de Orientación al Usuario para gestionar en la Institución Receptora tramites con Trabajo Social.

7.1. TRASLADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS


El traslado primario del paciente pediátrico y neonatal es un proceso crítico que implica la participación de un equipo interdisciplinario, con amplios conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanos, relacionados no solo con el proceso del traslado, sino también con el abordaje del paciente pediátrico y neonatal desde las particulares anatómicas y fisiológicas propias de su edad.

La edad pediátrica y neonatal está condicionada por una alta vulnerabilidad, que será mayor en tanto menor sea la edad del paciente. Por lo tanto, es necesario controlar una serie de variables antes y durante el traslado que, de no ser tenidas en cuenta, pueden aumentar los riesgos de descompensación e incrementar la morbilidad y mortalidad asociada al proceso del traslado. La presente guía reúne los principales elementos relacionados con el transporte pediátrico y neonatal. A través de su aplicación, promueve prácticas seguras y oportunas de acuerdo al nivel de formación y competencia del personal de salud que participa en el traslado.

7.2. PRINCIPALES CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y NEONATAL PARA EL TRASLADO

En general, los niños tienen características anatómicas, fisiológicas y algunas relacionadas con su desarrollo, que dificultan la detección temprana de alteraciones y que limitan las respuestas compensatorias de sus sistemas, llevándolos de una manera más rápida a condiciones críticas de salud. De hecho “la falla orgánica y los estados de shock se presentan más rápidamente en ellos, ya que presentan una menor reserva fisiológica general ante agresiones y enfermedad”.

La vulnerabilidad propia de la infancia, está determinada por la edad, así la etapa neonatal representa un período especialmente crítico, en el que la atención en salud, es determinante no solo en términos de supervivencia, sino también de morbilidad asociada y secuelas posteriores. El periodo neonatal incluye a los niños menores de 28 días, y desde

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
		Versión 2.0
		Página: 1 de 21

el punto de vista fisiológico se caracterizan por la inmadurez de sus sistemas corporales, situación que los hace especialmente vulnerables.

Se debe considerar que el mejor medio de transporte para el neonato siempre será el útero materno, sin embargo, en muchas ocasiones por razones que tienen que ver con consultas tardías o complicaciones derivadas de la atención del parto, se hace necesario trasladar al paciente neonatal fuera de las condiciones ideales del útero materno. Un grupo de especial interés y cuidado dentro de los pacientes neonatales, lo constituyen los recién nacidos prematuros, es decir aquellos niños que nacen antes de la semana 37 de gestación, ya que además de su inmadurez por peso y edad gestacional, tienen algunas consideraciones especiales durante el traslado a niveles especializados de atención.

Dichas consideraciones tienen que ver con la termorregulación, trastornos metabólicos, respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, por lo que, durante el traslado de cualquier paciente neonatal, en especial del prematuro, debe asegurarse siempre el mantenimiento de dichas necesidades. Se debe siempre considerar que a menor edad, mayor vulnerabilidad y mayores riesgos de complicaciones y descompensación durante el traslado.


Así mismo, dentro de la edad pediátrica, los lactantes, (niños menores de un año) son niños que merecen especial atención, ya que después de los neonatos, son el grupo más vulnerable y con mayores riesgos de descompensación durante el traslado. Las características específicas en de la edad pediátrica y neonatal tienen una mayor expresión en los sistemas respiratorio, cardiovascular, neurológico, metabólico y en la termorregulación, estos dos últimos cobran especial relevancia en los pacientes neonatales. Los aspectos relacionados con la anatomía y la fisiología de estos sistemas en de las etapas de la edad pediátricas son amplios y complejos, describiremos algunas características generales que pueden expresarse durante el traslado y de cuya comprensión depende en gran medida una adecuada valoración, estabilización y traslado.

7.3. SISTEMA RESPIRATORIO

Los niños tienen la lengua un poco más grande, un mayor tejido adenoideo, una epiglotis blanda, la laringe más cefálica y anterior, la tráquea corta y el diámetro traqueal estrecho, dicha estrechez en la vía aérea es responsable de su alta resistencia al flujo de aire. La presencia de edema o secreciones aumentará cuatro veces su resistencia.

“El sitio de mayor resistencia de la vía aérea es su porción periférica, esta resistencia cuatro veces mayor en el niño, en comparación con el adulto, hace que presente gran incidencia de obstrucción en ella.”

EL calibre de las fosas nasales es estrecho, por lo que la respiración es casi exclusivamente nasal hasta los 3 meses de edad. Adicionalmente existe una laxitud relativa de la vía aérea, por el soporte cartilaginoso que completa su desarrollo hasta los dos años de edad. Esto se manifiesta en una tendencia al colapso. Aspecto que cobra especial interés si se tiene en cuenta además que el pequeño tamaño alveolar también predispone al colapso a este nivel.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
		Versión 2.0
		Página: 1 de 21

Otro aspecto que debe ser considerado por el personal de salud que tiene a su cargo el traslado del paciente pediátrico, es que sus músculos intercostales están poco desarrollados, lo que los hace fácilmente fatigables y que las costillas son más horizontales que en el adulto y las inferiores no tienen movilidad, siendo la ventilación diafragmática muy importante. Esto puede provocar una insuficiencia respiratoria cuando se dificulte la movilización del mismo, por ejemplo, por presencia de aire en el estómago tras ventilación con mascarilla facial o laríngea.

En los neonatos prematuros además de las características mencionadas, se debe considerar que, según la edad gestacional al nacer, puede existir producción o liberación insuficiente del surfactante o agente tensoactivo pulmonar, cuya síntesis se completa conforme se acerca al final de la gestación, por lo que la incidencia del síndrome de dificultad respiratorio se eleva mientras menor es la edad gestacional. Esta condición se caracteriza por una disminución del volumen pulmonar y por el progresivo colapso alveolar, que determinan alteraciones en la relación ventilación – perfusión y que se evidencian por signos clínicos como retracción esternal e intercostal, quejido, taquipnea, aleteo nasal y en la auscultación disminución del murmullo vesicular.

Además, la inmadurez de los mecanismos de control respiratorio, que aumentan la incidencia de apneas. Estas características, a nivel respiratorio, explican en gran medida la razón por la cual las alteraciones en este ámbito, son las que más a menudo afectan a la población infantil y las que representan la mayor causa de traslado.


7.4. SISTEMA CARDIOVASCULAR

Las particularidades del sistema cardiovascular en el paciente pediátrico se enmarcan desde antes del nacimiento con las diferencias en la circulación fetal, en donde la oxigenación se centra en la placenta que es el órgano donde el feto realiza el intercambio de gases e intercambio de los productos metabólicos.

En el momento del nacimiento se instaura la ventilación pulmonar y se produce un aumento del débito pulmonar (aproximadamente de 4-5 litros en el primer día) y cambia la circulación placentaria con la desaparición del cordón umbilical y a su vez el conducto venoso, de igual manera disminuye la presión arterial de CO₂ y aumenta la presión arterial de Oxígeno (PaO₂), con lo anterior las resistencias pulmonares descienden con la consecuente vasodilatación pulmonar producto del aumento de la PaO₂.

Hasta la tercera semana las resistencias vasculares pulmonares (RVP) son muy sensibles a fármacos o factores metabólicos como hipoxia y acidosis que ocasionan un importante incremento de las RVP. El cierre fisiológico del conducto arterioso tiene lugar ante el aumento de la PaO₂ llevando en promedio 24 horas después del nacimiento, sin embargo, alteraciones como la hipoxia pueden llevar a permeabilización de este aún tras su cierre anatómico, antes del cierre fisiológico (el cierre anatómico se da en promedio a las 3 semanas del nacimiento).

Entre los signos que sugieren la persistencia del ductus, se encuentran la presencia de soplo, pulsos hiperdinámicos y en los casos de más graves, signos de insuficiencia cardíaca

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

(taquicardia, galope, hepatomegalia, cardiomegalia, edema generalizado, palidez, frialdad, ingurgitación yugular, signos de edema pulmonar, cianosis entre otros).

Estos signos en la valoración del paciente sugieren al personal encargado del traslado del paciente neonatal la necesidad de ajustar los líquidos endovenosos, valorar los requerimientos de oxígeno durante el traslado, disminuir el consumo de oxígeno disminuyendo la frecuencia cardíaca y mejorando la contractilidad y disminuir las actividades que conlleven un alto consumo de oxígeno, tales como hipertermia, hipotermia, llanto, la ansiedad y agitación del paciente.

El gasto cardíaco es más elevado respecto al adulto y las variaciones en este, reflejan una mayor tasa metabólica con un consumo mayor de oxígeno. Debido a que el miocardio del niño tiene una menor cantidad de fibras contráctiles y e incluso el miocardio neonatal tiene 30% menos de tejido contráctil que el de los niños mayores y es menos distensible, el gasto cardíaco de este se encuentra a expensas de la frecuencia cardíaca más que del volumen sistólico.

Los reconocimientos de estas condiciones a nivel cardiovascular permiten al personal de salud, realizar una valoración completa e interpretar con mayor precisión los datos de la monitorización. De igual forma desde el conocimiento de estas condiciones es posible advertir tempranamente riesgos de desestabilización y deterioro de la condición clínica del paciente pediátrico o neonatal.


7.5. SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso central se encuentra en desarrollo en la etapa pediátrica y neonatal. Existe un grado diferente de maduración de las estructuras nerviosas dependiendo de la edad siendo menor en el periodo neonatal.

Existe una alta sensibilidad del cerebro a las convulsiones como respuesta a estímulos propios de las enfermedades infantiles, por la inmadurez en mecanismos que las inhibe las convulsiones.

En relación a la etapa neonatal cabe anotar que la inmadurez es mucho mayor y que muchas de las intervenciones durante la estabilización y el traslado pueden repercutir de manera negativa a este nivel, los mecanismos de autorregulación cerebral son inmaduros por lo tanto se deben limitar los estímulos intensos como la iluminación excesiva directa y continua y altos niveles de ruido.

La inmadurez orgánica y funcional del sistema nervioso central depende de la edad gestacional. Cuando es inferior a 30 semanas, los neonatos tienen una actividad mínima, con llanto débil y apagado, movimientos descoordinados y asimétricos, somnolencia e hipotonía.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12 Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0 Página: 1 de 21

El reflejo nauseoso, de deglución y succión son débiles, estos aspectos son de gran interés a la hora de valorar la estabilidad del sistema neurológico e interpretar algunos signos clínicos de interés durante el traslado.

7.6. TERMORREGULACIÓN

El niño tiene una mayor superficie corporal relativa lo cual, entre otras cosas, favorece las pérdidas de calor. Como respuesta, se produce una vasoconstricción, lo que a su vez lleva a un aumento de la resistencia vascular periférica, disminución de la frecuencia cardiaca y débito minuto.

Las limitaciones para la adecuada termorregulación son mucho más marcadas en neonatos, debido a que además de la mayor superficie corporal, tienen un menor tejido adiposo subcutáneo.

Adicionalmente el neonato es incapaz de generar calor por actividad motora y tiene una limitada termogénesis química ya que la grasa parda, se diferencia alrededor de la semana 26 y aumenta el porcentaje con el avance de la gestación. Por esta razón en el prematuro menor de 33-34 semanas, debe manejarse en incubadora para minimizar las pérdidas de calor.

Desde hace ya varias décadas, existe una clara evidencia de que la una temperatura corporal mantenida por debajo de 35.5 grados se asocia con una mortalidad elevada, lo que explica el empleo casi obligado de las incubadoras en el tratamiento de la prematuridad.


Ante el frío el neonato responde con vasoconstricción periférica y vasoconstricción pulmonar para evitar pérdida calórica. Esto causa hipoxemia, hipoxia tisular y metabolismo anaerobio que lleva a acidosis metabólica. Adicionalmente aumenta su consumo de oxígeno y su tasa metabólica lo que puede manifestarse como polipnea, apnea, dificultad respiratoria, por consumo de surfactante, hipoglucemia, letargia.

Los efectos del frío son desfavorables para la condición clínica del paciente pediátrico y de manera mucho más significativa para el neonato prematuro, por lo tanto favorecer una adecuada temperatura durante el traslado es una de las principales medidas a tener en cuenta.

7.7. SISTEMA METABÓLICO

Desde el punto de vista metabólico son muchos los aspectos que deben ser considerados en la edad pediátrica y, de forma mucho más significativa, en el periodo neonatal. Para efectos del traslado, la principal consideración tiene que ver con la utilización y síntesis de glucosa.

Los niños pequeños, los recién nacidos y especialmente los prematuros, utilizan la mayor parte de su gasto metabólico para mantener la termorregulación y la respiración y lo hacen a expensas de la glucosa que es almacenada en forma de glucógeno en el hígado, músculo cardíaco y esquelético.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

Si se consumen los depósitos de glucógeno, se puede utilizar el tejido graso como combustible, sin embargo, en el neonato prematuro este solo representa 7% del peso corporal a las 32 semanas y 16% al término.

Este aspecto pone de manifiesto la importancia del control periódico de la glicemia y el soporte metabólico especialmente en traslados prolongados. Es importante entonces, asegurar los niveles de glucosa en sangre en 40-120 mg/dL⁹ en pacientes neonatales y en 50 y 120mg/dl¹⁰ en pacientes pediátricos y evitar los trastornos metabólicos como hipo e hiperglicemia, en especial en prematuros y en situaciones que generan estrés como el mismo traslado.

Si se mantiene el control metabólico del paciente pediátrico y del neonato antes, durante y después del traslado, los efectos secundarios en este proceso serán mínimos y la sobrevida del paciente mucho mayor.

7.8. EL NIÑO ANTE EL TRAUMA

Existen una serie de características comunes a los niños desde el punto de vista de un trauma. En primera instancia el tamaño corporal es menor que el del adulto, lo cual permite, entre otros aspectos, una dispersión de la energía en el momento de un trauma ocasionando mayores consecuencias en ellos en cuanto politraumatismo se refiere.


Por otra parte, el niño posee una mayor susceptibilidad a las lesiones o injurias de hígado y bazo por tener una ubicación más anterior, los riñones poseen una mayor movilidad y tienen menor protección, los cartílagos de crecimiento aún no están cerrados predisponiéndolos a fracturas que ha futuro pueden generar repercusiones en el crecimiento de la extremidad.

La cabeza es proporcionalmente mayor, el cerebro esta menos mielinizado y los huesos craneales son más delgados, lo que favorece lesiones del encéfalo. Dada la flexibilidad de la estructura ósea de los niños, se pueden generar traumas en corazón, pulmones y mediastino aún sin evidenciarse fracturas costales.

Las consideraciones enunciadas en cuanto a las particularidades anatómicas y fisiológicas de la edad pediátrica y neonatal, ponen de manifiesto la necesidad de que el personal que participa en este tipo de traslados, tenga un amplio conocimiento y las competencias necesarias para actuar de manera segura y oportuna. Las condiciones específicas de cada sistema, implican unas consideraciones que deberán ser tenidas en cuenta durante el proceso de traslado.

7.9. GENERALIDADES DEL TRASLADO PEDIÁTRICO Y NEONATAL

En términos de transporte, la atención pre hospitalaria comprende el transporte primario, que es aquel que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial, y el transporte secundario, que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro, con el fin de completar el proceso de atención definitiva.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

El traslado tiene un sentido mucho más amplio que el transporte; comprende la decisión de trasladar el paciente, la valoración, la estabilización, la búsqueda de un hospital adecuado, el transporte propiamente dicho y la admisión en el centro receptor. El concepto de traslado, va más allá de los equipos y vehículos para transportar a un paciente, independientemente de su estado de salud; es todo un sistema que requiere, coordinación de un equipo, conocimiento especializado, gestión y acompañamiento familiar.

Es fundamental tener en cuenta a cuál nivel de atención debe ser remitido el paciente de acuerdo a su condición de salud y para optimizar el tiempo de atención, recursos físicos y humanos y posibilitar la sobrevivencia del niño.

El traslado es simple; se realiza cuando el paciente no tiene ningún riesgo de descompensación o no requiere de ningún procedimiento asistencial durante el trayecto.


El traslado asistencial hace referencia a todo traslado sanitario y puede ser a su vez traslado asistencial básico, cuando se traslada en vehículos que ofrecen la posibilidad de monitoreo básico, administración de líquidos y fármacos y manejo básico de la vía aérea en pacientes cuyo estado es estable y no se advierten complicaciones o riesgos de desestabilización; y traslado asistencial medicalizado cuando se cuenta con equipo humano y tecnológico de alto nivel para el traslado de pacientes en un estado real o potencial de descompensación, que requieren entre otros aspectos, asistencia ventilatoria y/o soporte inotrópico o en el caso de los neonatos incubadora portátil, para este último caso se requiere una ambulancia neonatal.

En la presente guía se abordará el traslado asistencial, como un proceso que implica una organización y ejecución de una serie de actividades organizadas y secuenciales de las cuales depende el éxito de esta fase de la atención en salud.

7.10. INDICACIONES PARA EL TRASLADO PEDIÁTRICO Y NEONATAL

Un paciente grave o inestable debe recibir el máximo nivel de intervención y estabilización posible, en el sitio en el cual se encuentra hospitalizado o recibiendo atención. Las indicaciones de traslado son diversas y básicamente hacen referencia a la necesidad de trasladar a un paciente, bien sea del lugar del evento a una institución de salud para su atención y manejo, de una institución de menor complejidad a una de mayor complejidad para diagnóstico y manejo especializado, a una institución de menor complejidad para seguimiento o para un procedimiento diagnóstico.

La decisión de trasladar a un paciente está basada en la evaluación de los riesgos y beneficios, para lo cual se debe tener en cuenta que “los pacientes gravemente enfermos tienen un mayor riesgo de morbilidad durante el transporte.” Sin embargo es importante trasladar de manera oportuna el paciente, teniendo en cuenta que al compensarlo no se supera la condición patológica que precisamente justifica el traslado, sino que se logra una estabilidad fisiológica temporal al asegurar una vía aérea segura, una buena ventilación y un aporte de oxígeno constante. Se debe considerar siempre el riesgo que para el paciente implica el traslado, para ello es útil valorar el estado del paciente en función de la estabilidad

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

del sistema respiratorio, cardiovascular y neurológico al igual que la prematuridad si se va a trasladar a un paciente neonatal, y de acuerdo a estos datos establecer los beneficios y el momento más oportuno para llevar a cabo el traslado.

En cuanto a las causas de las cuales se deriva el traslado, es posible establecer que varían de acuerdo con la edad, así en la población neonatal las principales causas están relacionadas con la prematuridad y sus problemas asociados, mientras que en la población pediátrica las principales causas de traslado son las patologías respiratorias que requieren ventilación asistida, el trauma con o sin compromiso craneano, y el compromiso neurológico de origen no traumático.

Localmente se encuentra que las principales causas de traslado de paciente pediátrico son las enfermedades respiratorias ya sea por infección viral o bacteriana y obstrucción de la vía aérea; en segundo lugar, se encuentran las alteraciones cardiovasculares generalmente ocasionadas por shock, de igual manera las afecciones neurológicas cobrando importancia el status epiléptico.

Actualmente también se ha incrementado la incidencia e por politraumatismo con o sin trauma encéfalo craneano. En el caso específico del neonato, tal como se había mencionado anteriormente, la prematuridad es una de las principales causas de traslado, de hecho, debe tenerse en cuenta que debe realizarse “un traslado urgente a tercer nivel de atención a los recién nacidos muy inmaduros (peso inferior a 1.500 g), recién nacido con hipoxia, distrés respiratorio, alteraciones neurológicas, recién nacidos con alteraciones hemodinámicas secundarias a reanimación profunda, infección e hipoglucemia severa no controlada y malformaciones cardíacas o/y otras viscerales.


Dado que las causas son variadas es importante reconocer en el paciente las características que advierten acerca de la posibilidad de complicaciones. Los signos clínicos, sumados a los riesgos propios de la edad, la patología y los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles en el nivel de atención inicial, son aspectos que deben considerarse a la hora de establecer la necesidad de traslado y que a su vez indican el nivel de atención al que debe ser trasladado el paciente.

Siempre deberá considerarse la capacidad de resolutoria de la institución a la que se traslada el paciente, de acuerdo con la condición del paciente y la necesidad de cuidado intensivo y de atención por recurso humano especializado.

7.11. FASES OPERATIVAS DEL TRASLADO NEONATAL Y PEDIÁTRICO

El proceso de traslado implica una serie de pasos secuenciales, orientados a garantizar la seguridad durante el proceso, mediante la organización y estructuración de las actividades y mediante la coordinación de un equipo, cuyos integrantes tienen funciones claras y definidas.

FASE DE COMUNICACIÓN O ACTIVACIÓN: Es la primera fase e inicia inmediatamente después de que se toma la decisión del traslado. En ella se establece comunicación entre el equipo de atención que atiende el paciente a nivel extrahospitalario o en un nivel de

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

complejidad menor y el equipo que recibirá el paciente en la institución de salud con los requerimientos necesarios para su atención y manejo. Es una fase de gran importancia, porque “las brechas en la comunicación pueden causar interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y daño potencial para el paciente”. Y traducirse en eventos adversos durante el traslado.

Se debe comunicar al personal asistencial del servicio que recibe al paciente, la información esencial del paciente de forma concreta pero completa. Entre los aspectos claves en la información del paciente pediátrico está la edad, en meses o edad gestacional al nacer en el caso de los neonatos, pues a partir de esta información el equipo receptor puede adelantarse a los requerimientos y preparar el equipo necesario.

Adicionalmente se debe informar acerca de estado actual del paciente, indicaciones del traslado, cambios recientes en su estado, tratamiento en curso y posibles cambios o complicaciones que pudieran ocurrir. Además de la información relacionada con dispositivos y necesidades especiales y otros aspectos de relevancia para la continuidad del cuidado.


FASE PREPARATORIA: En esta fase deben considerarse todos los requerimientos para el traslado seguro del paciente. Para ello se deben definir los recursos necesarios de acuerdo al estado y edad del paciente. El equipo humano debe contar con el adecuado entrenamiento y formación en el cuidado y atención de pacientes pediátricos y neonatales.

Se ha documentado que los riesgos pueden ser minimizados y los resultados del traslado mejorados con una planeación cuidadosa y una selección adecuada del personal y de los equipos. El personal que participa en el traslado del paciente pediátrico y neonatal debe tener experiencia en el manejo de este tipo de pacientes y suficiencia teórica y práctica en su manejo desde su nivel de formación. El entrenamiento específico en el paciente pediátrico es una de los aspectos más relevantes para mejorar los resultados de este proceso. El equipo humano debe estar organizado y las responsabilidades deben estar definidas de acuerdo a las competencias de su disciplina.

De acuerdo al tipo de traslado y la criticidad del paciente, se definirá el personal para participar en el proceso y el nivel de atención al que se realizará el traslado. En Colombia se establecen los requerimientos de personal para el traslado asistencial medicalizado, en el que se hace referencia al personal médico, auxiliar de enfermería, técnico o tecnólogo en atención pre hospitalario y conductor, todos con entrenamiento certificado.

En el caso del traslado pediátrico y neonatal, se recomienda un equipo multidisciplinario con un alto nivel de formación y experiencia, en este caso médico pediatra o neonatólogo, enfermera especialista o con entrenamiento en neonatología y/o cuidado crítico pediátrico, terapeuta respiratoria, en el caso que el paciente se encuentre con soporte ventilatorio, auxiliar de enfermería o técnico o tecnólogo en atención prehospitalario.

En cuanto a los recursos físicos y equipos, se debe considerar verificar los medicamentos y sus fechas de vencimiento y los equipos y su correcto funcionamiento ya que algunos de los eventos adversos relacionados con el transporte tienen que ver con fallas en los equipos

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

biomédicos, como agotamiento de la fuente de oxígeno, desconexiones o déficit de baterías de corta duración.

La incubadora de transporte es uno de los equipos críticos para el traslado del neonato, porque proporciona al neonato un medio que trata de simular las condiciones de temperatura, seguridad y comodidad del útero materno. Además, aísla el recién nacido del ruido y ofrece la posibilidad de tener una visualización del paciente durante todo el recorrido, debe contar con oxígeno suplementario, control de la temperatura del bebé como del mismo ambiente interno de la incubadora, entre otros.

De igual forma en la fase preparatoria debe considerarse si es posible y conveniente la presencia de los padres o responsables, diligenciar el consentimiento informado cuando corresponda las condiciones permitan solicitarlo ya que en situaciones de extrema urgencia prima la vida del paciente.

Adicionalmente deben verificarse documentación requerida como carné de afiliación al sistema de seguridad social en salud del menor u otros dependiendo de la condición, esto puede facilitar la gestión administrativa del traslado. Se recomienda aplicar lista de verificación y revisión diaria de todos los equipos de las ambulancias asistenciales. Los equipos y recursos sugeridos y que deben prepararse antes del traslado.


Además de contar con el equipo indicado, es fundamental que el personal conozca y verifique su correcto funcionamiento. De igual manera el personal encargado de la administración de medicamentos, debe estar familiarizado con la correcta dilución para su administración, una vez sea prescrita por el médico del equipo.

FASE DE ESTABILIZACIÓN: Aunque si bien, la estabilización definitiva suele lograrse en el centro receptor, la regla general es no trasladar al paciente hasta tanto no se haya logrado una estabilidad temporal en el paciente que le permita tolerar el traslado con los mínimos efectos desfavorables sobre su condición de salud y que minimice los riesgos para lo cual se debe asegurar la vía aérea la ventilación y la circulación.

Durante esta fase se realiza la valoración, iniciación de medidas terapéuticas, administración de medicamentos y la instalación de dispositivos como accesos vasculares, oxígeno, tubo orotraqueal, entre otras. La estabilización centra especial atención en la valoración e intervenciones a nivel de los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico. Adicionalmente en el paciente neonatal y pediátrico merece una especial atención las variables relacionadas con la temperatura y con los aspectos metabólicos.

De acuerdo a la valoración, se realizarán las intervenciones médicas y planes de cuidado necesarios para alcanzar la estabilidad de los diferentes sistemas. Esta fase también permite elaborar un plan de cuidados durante el transporte.

FASE DE TRANSPORTE: Durante esta fase se debe garantizar la continuidad de la atención y para ello debe asegurarse de acuerdo la valoración y monitoria continúa durante todo el trayecto, así como una adecuada temperatura, oxigenación, circulación y la seguridad en la vía aérea.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12 Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0 Página: 1 de 21

Debe tenerse en cuenta la seguridad del paciente en todos los sentidos, para ello debe realizarse una correcta fijación de los dispositivos y los equipos, igualmente el paciente debe asegurarse para evitar caídas y lesiones.

Es importante además no olvidar que el transporte de un paciente se realiza en un ambiente hostil por variables ambientales como el ruido, la luz, la temperatura exterior, las vibraciones, la inmovilización del mismo paciente y otras. Estos factores pueden afectar o agravar el estado de salud del niño y, en el caso de los neonatos prematuros, dependiendo de la intensidad de estos estímulos, generar secuelas a nivel del neurodesarrollo. Las principales intervenciones durante el traslado pueden agruparse en la seguridad y el confort, la inmovilización y fijación y el monitoreo continuo. No se debe dejar de lado la importancia del manejo del dolor, por lo que es importante la administración de analgésicos cuando se requiera.

FASE DE ENTREGA DEL PACIENTE: El traslado finaliza con la entrega, en la que se deben comunicar los aspectos más importantes relacionados con la atención del paciente y su condición durante el transporte, se dará cuenta de la variabilidad de los signos vitales y cambios en las condiciones del paciente. En esta fase se hará entrega al equipo receptor de los documentos del paciente, documento de remisión, historia clínica y demás registros que den cuenta de la atención brindada y la evolución del paciente antes y durante el transporte.


Se deberán entregar los paraclínicos si se tienen, para agilizar el proceso y facilitar la toma de decisiones durante la atención en el centro receptor. Una vez se realiza la entrega del paciente, el equipo debe evaluar el proceso, con el fin de encontrar fortalezas y aspectos susceptibles de mejorar.

De igual forma, el equipo debe reorganizar su equipo, reponer el material utilizado y disponer los equipos de tal forma que, de ser requeridos para un nuevo traslado, cuente con los recursos y la organización necesaria.

7.12. CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES EN EL TRASLADO PEDIÁTRICO Y NEONATAL

La comunicación y la organización, son fundamentales para que el proceso de traslado y transporte del neonato sea humano, efectivo y con calidad. En todo momento se debe dar información a los padres del paciente sobre su situación del menor, el proceso de traslado y transporte, los beneficios y riesgos del hecho y siempre bajo la tutela del consentimiento informado como documento legal.

Sin embargo, debe tenerse claro que la única excepción para emprender el tratamiento, o en este caso el traslado, sin el consentimiento informado, es cuando cualquier retraso incrementa los riesgos para el paciente, situación que suele ser frecuente en el contexto de los traslados y las urgencias. Los actos y cuidados que se realicen en el traslado y transporte neonatal, deben estar enmarcados en el respeto, protección y justicia con el paciente y su familia, buscando su bienestar y minimizando los daños colaterales de esta acción. Tanto el personal encargado el transporte como los de las instituciones de remisión

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
		Versión 2.0
		Página: 1 de 21

y recepción, deben conocer la normatividad nacional sobre los estándares de atención y los límites en responsabilidad legal de todos los actores del proceso.

La urgencia que en muchos casos rodea los sucesos del traslado pediátrico y neonatal no excluye, por parte del personal de salud, la aplicación de los principios éticos fundamentales, la autonomía, la beneficencia y no mal eficiencia y la justicia. Estos principios deben orientar las decisiones que se toman en torno al traslado del paciente.

7.13. CONSIDERACIONES SOBRE LA SEGURIDAD EN EL PROCESO DE TRASLADO DE PACIENTES

Tanto al paciente como la tripulación responsable del traslado deben contar con normas mínimas de seguridad que garanticen su vida durante el recorrido de la unidad móvil. Algunos riesgos asociados al proceso de traslado, que afectan la seguridad durante el proceso, están relacionados con la ambulancia de transporte, el paciente y la tripulación.

La ambulancia de transporte debe cumplir con las especificaciones de construcción y diseño establecidas por las autoridades pertinentes y que debe ser tripulada por personal entrenado. Las medidas iniciales van encaminadas a la inspección del sistema mecánico, de los equipos e insumos destinados para la atención del paciente, de los mecanismos de anclaje de la camilla al vehículo y de los sistemas de sujeción del paciente y la tripulación. Con respecto a la seguridad del paciente, cabe resaltar que ésta debe iniciarse desde el arribo de la ambulancia a la zona crítica, donde es fundamental la valoración de la escena para reducir los riesgos y el parqueo de seguridad del vehículo que le permita tener eficiente control del tráfico alrededor.

Las medidas de seguridad también van encaminadas a la protección ambiental y reducción de estímulos lumínicos, sonoros y de temperatura, en especial en pacientes neonatales; en la administración segura de medicamentos, la inmovilización del paciente, las normas de bioseguridad y manejo adecuado de aislamientos.

Es fundamental recordar que la inmovilización de los pacientes neonatales y pediátricos debe garantizar una buena sujeción, pero sin que obstruya el acceso al paciente en caso de requerir asistencia ventilatoria, monitorización de signos vitales o maniobras de reanimación. La inmovilización de los niños debe ser firme, se recomienda que las correas de sujeción sean acolchadas, sin bordes o puntas que laceren la piel del paciente y evitar vendas o correas para sujeción en la cabeza por el riesgo de desplazamiento hacia la vía aérea.

De igual manera se debe garantizar una adecuada fijación de los dispositivos como tubos orotraqueales y accesos vasculares. La seguridad de la tripulación encargada del traslado del paciente pediátrico y neonatal radica en el entrenamiento que recibe, en la capacidad de identificar los riesgos a los cuales están expuestos y en las actividades realizadas para la reducción de los mismos.

Los factores de riesgo más comunes en la atención pre hospitalaria son aquellos relacionados con la mecánica postural, secundario al acceso y recogida de los pacientes y

la movilización de las camillas, el riesgo biológico por manipulación de fluidos corporales sin protección, inadecuada disposición de insumos contaminados y cortopunzantes, falta de medidas de aislamiento y, por último, los riesgos psicológicos derivados del impacto emocional que genera una emergencia y de la misma tensión derivada de la atención a población infantil.

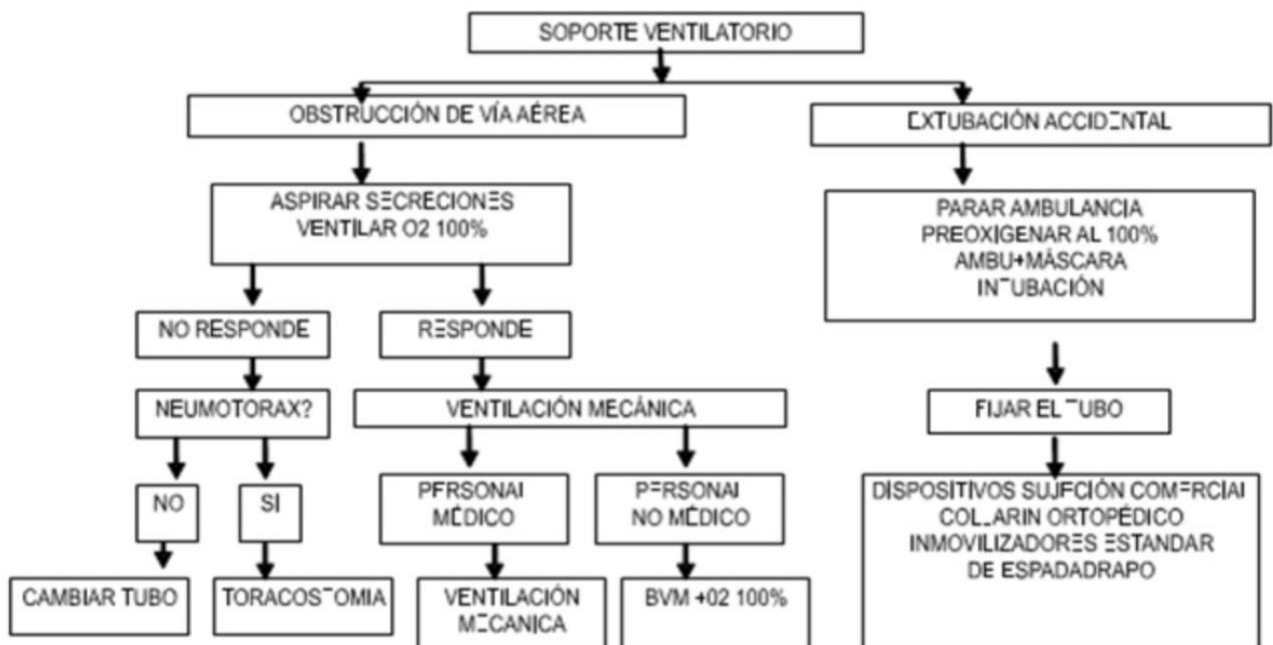
Algunas de las recomendaciones relacionadas con la seguridad incluyen, mantener una adecuada mecánica corporal, conocer y adoptar las técnicas de levantamiento de pacientes, utilizar los elementos de protección personal como guantes, gafas, mascarillas, calzado, ropa adecuada e higienización de las manos, disponer adecuadamente el material cortopunzante y contaminado, cumplir de los estándares de aislamiento de acuerdo al caso, realizar una adecuada limpieza y desinfección de los equipos de la ambulancia y aseo terminal de la unidad móvil luego de la prestación del servicio prehospitalario.

8. FLUJOGRAMAS PARA MANEJO DEL PACIENTE

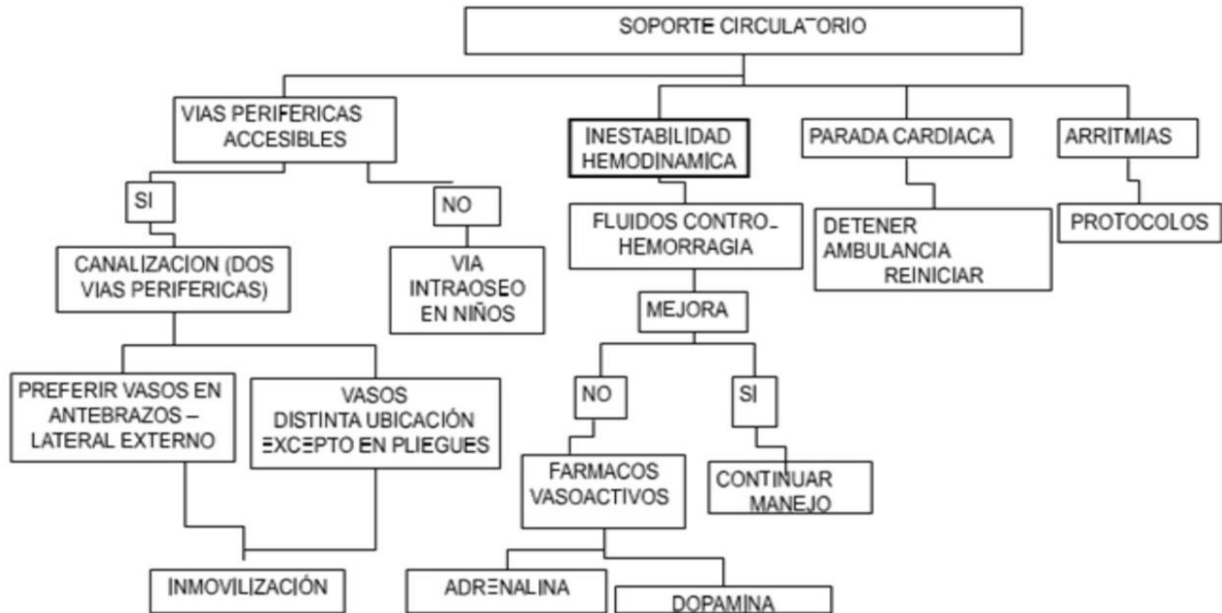
En el manejo del paciente se deben seguir algunos parámetros con el fin de mantener sus funciones vitales estables; estos son:

Valoración general: conocer el estado del paciente, la patología que presenta y el soporte asistencial que necesita, con el objeto de planificar el traslado y prever las necesidades de monitoreo e intervención durante el trayecto.

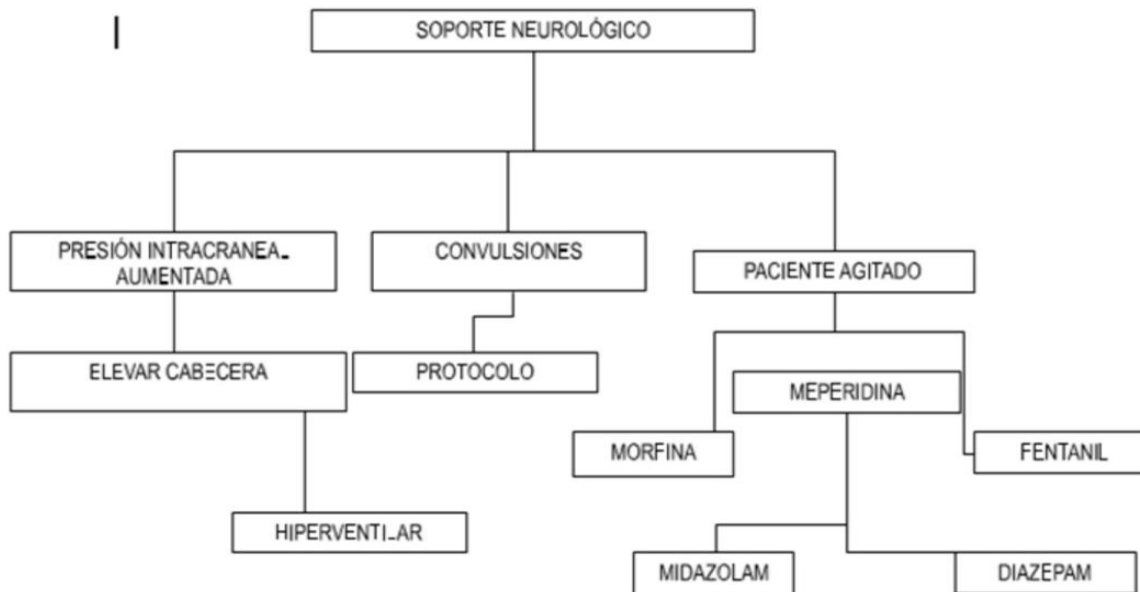
Control de la vía aérea y soporte ventilatorio: evaluar los parámetros de ventilación; si el paciente necesita intubación comprobar fijación del tubo endotraqueal y necesidad del aspirador.




Soporte circulatorio: llevar un control de las hemorragias y prestar atención al shock, revisar vías canalizadas, clases de catéteres, así como tipo de fluido terapia.



Control del estado neurológico: precisar necesidad de sedación, control de eliminación, revisión de drenajes y de sonda vesical y nasogástrica, fijándolas para evitar su salida con tracciones que se le realicen al paciente.



	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Fecha de Aplicación: 17/08/2022
		Versión 2.0
		Página: 1 de 21

9. FINALIZACIÓN DEL SERVICIO

El paciente debe ser controlado sistemáticamente con una frecuencia aproximada de 10 minutos, registrando todas las novedades en la hoja de evolución que incluya los siguientes parámetros: monitoreo cardíaco, tensión arterial y pulso, oximetría, diuresis, fluidos administrados y oxigenoterapia.

Entrega del paciente: nunca se debe dejar abandonado un paciente en el servicio de urgencias sin una entrega formal del mismo; esto con el fin de asegurar la transferencia de la responsabilidad civil que conlleva este acto.

Solicitar siempre que sea el auxiliar de turno quien reciba el paciente, entregándosele la respectiva nota de remisión y/o hoja de evolución de atención donde consta quien acepta el paciente en el servicio.

Una vez finalizado el servicio se debe revisar toda la documentación y el reporte de cada caso. Se debe preparar el vehículo, la tripulación y su dotación para una nueva llamada de auxilio. El auxiliar se encargará de notificar al operador en turno la disponibilidad del vehículo.

10. ASPECTOS LEGALES

En el caso específico del transporte de pacientes, se deben tener presente algunos aspectos de la legislación que regulan este procedimiento:


Ley 599/2000: si durante un traslado se presenta un accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de comunicaciones para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que lleva inicialmente.

Artículo 131 de la LEY 599/2000: OMISIÓN DE SOCORRO. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión.

Ley 7/79 y Resolución 1995/99: la elaboración de una correcta historia clínica está protegida y regulada por la ley 23/81 al igual que la ausencia del consentimiento informado al paciente, el cual deberá ir firmado por el paciente o los testigos.

Ley 10/90 Art. 2: Todas las instituciones o entidades de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socio-económica de los demandantes de estos servicios están obligadas a la atención inicial de urgencias.

Artículo 168 de la Ley 100/1993: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa, el costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de riesgos

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

catastróficos o accidentes de tránsito y por la EPS a la cual se encuentre afiliado el paciente en cualquier otro evento.

Decreto 2423/96; Art. 7 Decreto 2174 /96: hace referencia a la responsabilidad de las EPS y las IPS en la ubicación y la remisión de los pacientes.

Decreto 2759 de 1991; Art. 5: las entidades públicas o privadas del sector salud que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios a la institución del grado de complejidad requerida que se responsabilice de su atención.

Decreto 2759 de 1991 Art. 6: la institución referente es responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.

Resolución 9279 de 1993: adopta el manual de normatización del componente traslado para la red nacional de urgencias.

Decreto 2309 de 2002: define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 2003 de 2014: adopta los manuales de estándares y de procedimientos para el sistema único de habilitación, incluyendo los requisitos vigentes para las ambulancias.


11. NORMA PARA EL MANEJO DE SISTEMAS VISUALES Y SONOROS DE ALERTA EN LAS AMBULANCIAS TERRESTRES

Se denomina tránsito en **CLAVE UNO o CLAVE A**, el desplazamiento utilizando simultánea y permanentemente los sistemas visuales y sonoros de alerta. Esta clave debe ser utilizada en el caso de pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria o alteración neurológica que no han mejorado con el manejo instaurado.

Tiene como objeto solicitar a los conductores circundantes la mayor prioridad para circular por las vías y permite sobrepasar a otros vehículos, sin exceder el límite de velocidad estipulado en el código nacional de tránsito.

Se denomina tránsito en **CLAVE DOS o CLAVE B**, el desplazamiento con el sistema visual de alerta. Esta clave debe utilizarse en el caso de pacientes politraumatizados, hemodinámicamente estables, sin dificultad respiratoria ni alteración del Glasgow. Tiene por objeto proteger la ambulancia en medio del flujo vehicular circundante y realizar una movilización lo más suave posible.

Se denomina **tránsito normal o SIN CLAVE** el desplazamiento sin utilización de sistemas visuales ni sonoros de alerta y debe ser empleado cuando la móvil transite luego de terminar un servicio sin paciente a bordo.

	PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS	Código:120.27.12
		Fecha de Aplicación: 17/08/2022
	PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA	Versión 2.0
		Página: 1 de 21

11.1. RESTRICCIONES

El uso de **CLAVE UNO** está condicionado al criterio de la tripulación en los casos en que se considere riesgoso para el paciente el uso de sistemas sonoros de alerta (situaciones patológicas cardiovasculares, toxemia gravídica, síndromes convulsivos, estados de alteración siquiátrica aguda, entre otros).

El uso de **CLAVE UNO** será el mínimo posible dentro de las zonas residenciales urbanas, vías secundarias y zonas de circulación restringida. Al acercarse a una institución hospitalaria situada dentro de un área urbana densamente poblada se debe silenciar el sistema sonoro de alerta por lo menos 200 metros antes de la planta física.

En casos de traslado primario, los sistemas de alerta sonora se silencian al menos 100 m antes de llegar a la entrada del servicio de urgencias, con excepción de situaciones de triage que requieran recepción inmediata y alistamiento de equipos de trauma o paro cardiorrespiratorio.

En todos los casos de desplazamiento de ambulancias terrestres, el conductor debe observar las normas del Código Nacional de Tránsito vigente y en especial las que se refieren a la seguridad para los ocupantes, vehículos circundantes, vías especiales y peatones. En los casos de utilización de **CLAVE UNO** la prudencia debe ser la característica de la conducción.

Durante cualquier desplazamiento, el conductor de la ambulancia es el responsable de la utilización del cinturón de seguridad para sí mismo y para la persona que se sitúe en la silla delantera derecha. Se recomienda la utilización de los cinturones de seguridad del cubículo del paciente para acompañante y tripulante.

Todo desplazamiento de pacientes en ambulancia se realiza mínimo con un auxiliar que cumpla con las especificaciones anteriormente mencionadas.

En cualquier tipo de traslado en ambulancia terrestre, cuando se tenga paciente a bordo, el auxiliar permanecerá con el paciente, en el cubículo dedicado a la atención del mismo.

El auxiliar mantendrá al paciente con los cinturones de seguridad de la camilla desde el abordaje y durante todo el tiempo del desplazamiento a excepción de una orden médica escrita en la historia clínica que sugiera un manejo diferente de seguridad.

Durante el desplazamiento se podrá transportar en calidad de acompañante, como máximo a una persona. Se sugiere que vaya en el asiento delantero derecho para facilitar la labor del tripulante y evitar la interferencia con los procesos de estabilización o mantenimiento del paciente.

Las ambulancias están capacitadas para transportar dos pacientes simultáneamente. En situaciones muy especiales, (desastres o situaciones de alteración del orden público) se podrán transportar tres o más pacientes por viaje.



PROCESO DE GESTION DE ATENCION DE URGENCIAS
PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE EN AMBULANCIA

Código:120.27.12
Fecha de Aplicación:
17/08/2022
Versión 2.0
Página: 1 de 21

12. APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma:			
Nombre:	Xiomara Gomez Delgado	Nancy Paulina Portillo Lopez	Camilo Gomez Castillo
Cargo:	Coord. de Urgencias	Sub. Gerente Cientifica	Gerencia