



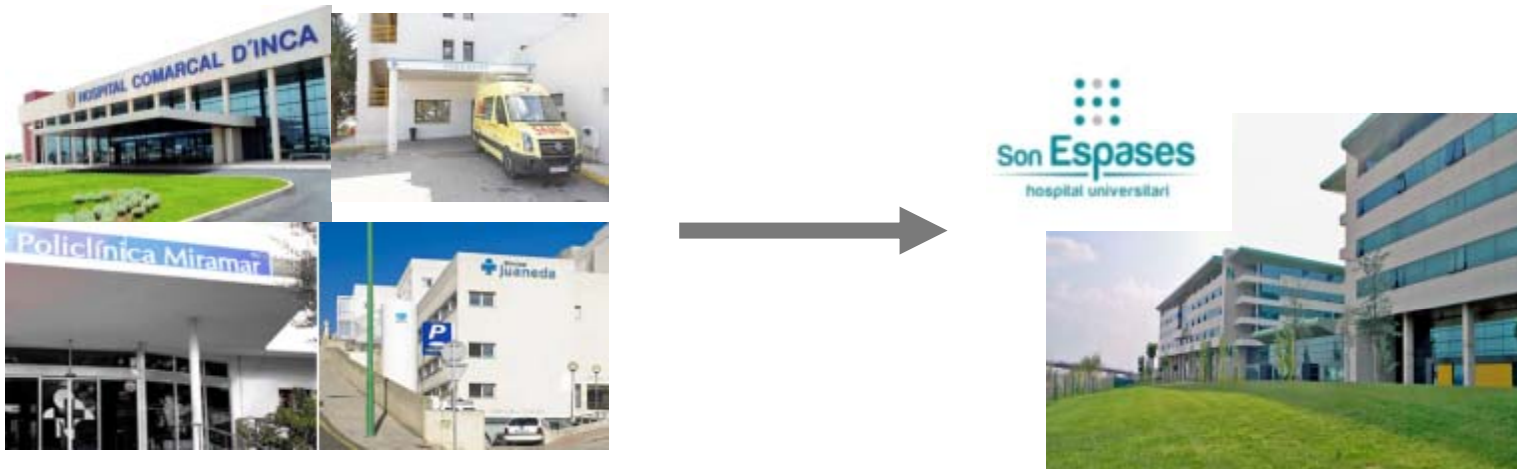
# ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES PROCEDENTES DE URGENCIAS POR UNA UNIDAD DE TRANSPORTE PEDIÁTRICO

**Dra. Beatriz Garrido**  
**Unidad de Transporte Pediátrico Balear (UTPB)**  
**Abril 2015**

# OBJETIVOS

Describir los traslados realizados por una unidad especializada de transporte pediátrico (5 pediatras + enfermería especializada) desde servicios de Urgencias pediátricas hasta el hospital terciario de referencia.

- **Características de los pacientes** trasladados desde diferentes servicios de Urgencias (hospitales comarcales, clínicas privadas)
- **Intervenciones realizadas** sobre los pacientes durante el proceso (estabilización inicial, traslado y transferencias).



No existe ningún conflicto de intereses que declarar en relación a este estudio

# MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la base de datos de la Unidad y las historias clínicas de los pacientes.

Periodo de estudio: 5 años (Enero 2010 – Diciembre 2014)

- Incluidos: Aquellos pacientes **menores de 14 años trasladados por la Unidad de Transporte Pediátrico** (criterios para traslado por unidad especializada según protocolo de activación)

- Excluidos: No trasladados por UTPB

No cumplir criterios clínicos para activación

Patología tiempo-dependiente

Unidad ocupada con traslado simultáneo

PROTOCOLO CLÍNICO DE ACTIVACIÓN DE LA UTPB  
(al menos un criterio pone en marcha el operativo para un traslado)

1. ORIGEN O DESTINO	
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o de Pediatría	
Unidad de Cuidados Medios Neonatales	
2. INESTABILIDAD RESPIRATORIA	
Necesidad de ventilación mecánica	
Saturación O <sub>2</sub> < 90% con aire ambiente	
Dificultad respiratoria con FR mantenida:	> 60 rpm en >1 año
	> 50 rpm entre 1-8 años
	> 40 rpm en > 8 años
Escala de Downes (broncoespasmo) ≥ 5	
Escala de Taussing (dificultad respiratoria vías altas) ≥ 7	
Pausas de apnea con desaturación < 90%	
3. INESTABILIDAD HEMODINÁMICA	
Necesidad de soporte inotrópico o expansión de volumen	
FC mantenida:	> 160 lpm en < 1 año
	> 150 lpm entre 1-8 años
	> 120 lpm en > 8 años con mala perfusión periférica
FC mantenida:	< 90 lpm en < 1 año
	< 80 lpm entre > 1- 5 años
	< 70 lpm en > 5 años con mala perfusión periférica
TAS:	< 50 mmHg en < 1 año
	< 70 mmHg entre 1-5 años
	< 80 mmHg en > 5 años
4. INESTABILIDAD NEUROLÓGICA	
Escala de coma de Glasgow < 15	
Focalidad neurológica (alteración aguda de pupilas, tono muscular, pares craneales)	
Estatus convulsivo	
5. OTROS	
Alteraciones hidroelectrolíticas o del equilibrio ácido-base graves	
Hipoglucemia sintomática	
Sangrado activo o coagulopatía grave	
Insuficiencia renal aguda con oligoanuria	

# MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en la Unidad y las historias clínicas.

Periodo de estudio: 5 años

- Incluidos: Aquellos pacientes que ingresaron a la **Unidad de Transporte Especializada** según protocolo de activación.
- Excluidos: No trasladados por no cumplir criterios clínicos, presencia de Patología tiempo-dependiente, o Unidad ocupada con otros pacientes.

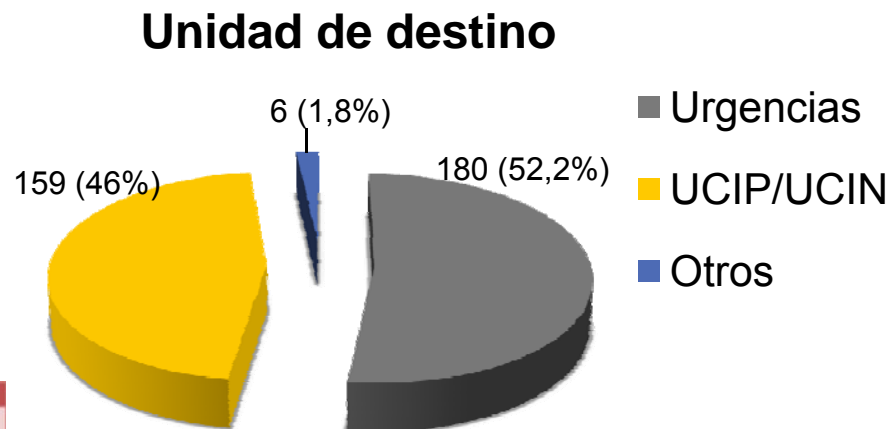
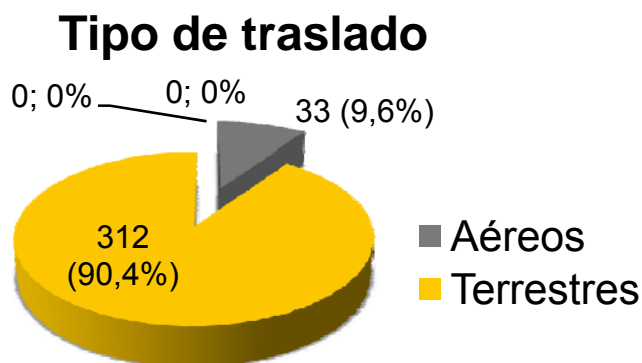
## PROTOCOLO CLÍNICO DE ACTIVACIÓN DE LA UTPB (al menos un criterio pone en marcha el operativo para un traslado)

1. ORIGEN O DESTINO	
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal o de Pediatría	
Unidad de Cuidados Medios Neonatales	
2. INESTABILIDAD RESPIRATORIA	
Necesidad de ventilación mecánica	
Saturación O <sub>2</sub> < 90% con aire ambiente	
Dificultad respiratoria con FR mantenida:	> 60 rpm en > 1 año
	> 50 rpm entre 1-8 años
	> 40 rpm en > 8 años
Escala de Downes (broncoespasmo) ≥ 5	
Escala de Taussing (dificultad respiratoria vías altas) ≥ 7	
Pausas de apnea con desaturación < 90%	
3. INESTABILIDAD HEMODINÁMICA	
Necesidad de soporte inotrópico o expansión de volumen	
FC mantenida:	> 160 lpm en < 1 año
	> 150 lpm entre 1-8 años
	> 120 lpm en > 8 años con mala perfusión periférica
FC mantenida:	< 90 lpm en < 1 año
	< 80 lpm entre > 1- 5 años
	< 70 lpm en > 5 años con mala perfusión periférica
TAS:	< 50 mmHg en < 1 año
	< 70 mmHg entre 1-5 años
	< 80 mmHg en > 5 años
4. INESTABILIDAD NEUROLÓGICA	
Escala de coma de Glasgow < 15	
Focalidad neurológica (alteración aguda de pupilas, tono muscular, pares craneales)	
Estatus convulsivo	
5. OTROS	
Alteraciones hidroelectrolíticas o del equilibrio ácido-base graves	
Hipoglucemia sintomática	
Sangrado activo o coagulopatía grave	
Insuficiencia renal aguda con oligoanuria	

la  
la  
ad

# RESULTADOS: características de traslados

- Unidad consultada en 1523 ocasiones → **1373** pacientes trasladados (150 traslados por equipo de adultos (UVI móvil / TEM) o no precisaron traslado debido a mejoría tras indicaciones)
- De ellos, **345 (25.1%) fueron recogidos en Urgencias** (52% varones; edad media 3,5 años, rango 1 día de vida - 13 años y 10 meses).



Patología principal que motiva el traslado a hospital terciario					
<b>Accidentes</b>	Trauma craneal	57	<b>Neurológica</b>	Convulsión	43
	Quemado	12		Hidrocefalia/HTIC	8
	Politraumatismo	9		Meningitis /Encefalitis	8
	Ahogamiento	6		Oncológica	3
	Intoxicación	6		Hemorragia intracraneal	2
	Otras	5		Otras	7
<b>Cardiológica</b>	Arritmia	8	<b>Respiratoria</b>	Bronquiolitis	27
	Cardiopatía	8		Asma	19
	congénita	3		Neumonía	14
	Miocarditis	2		Distrés respiratorio	6
	Otras			Laringitis	2
			Otras	13	
<b>Digestiva</b>	Hemorragia digestiva	3	<b>Metabólica</b>	Cetoacidosis	7
	Otras	19		Alteración iónica	2
				Metabolopatía	2
<b>Hematológica</b>	Citopenias	8	<b>Renal</b>	Insuficiencia renal aguda	2
	Oncológica	7		Otras	5
<b>Infeciosa</b>	Sepsis	16	<b>Quirúrgica</b>		6

Tiempo medio estabilización:

- General: **31 min** (rango 5 min – 2 horas 40 min)
- Aéreos: 40 min (rango 10 min – 2 horas 40 min)

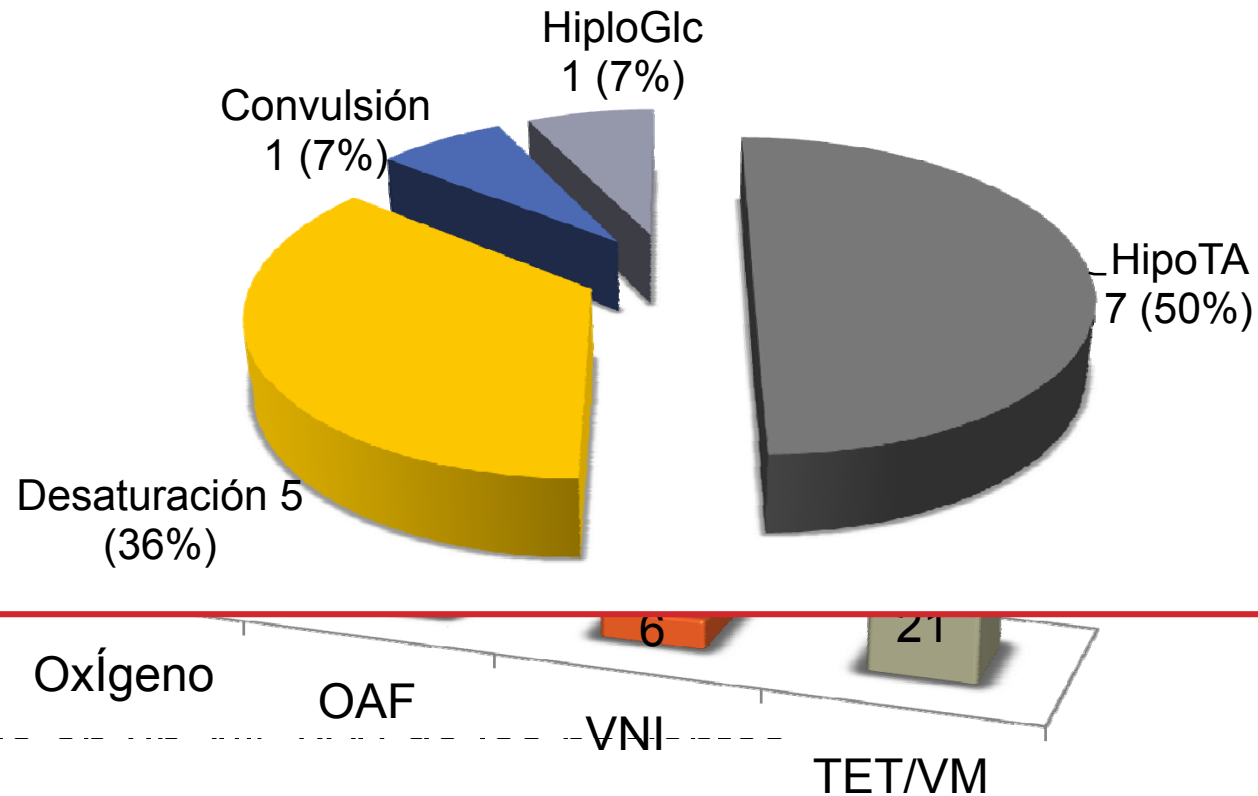
Tiempo medio total traslado:

- **2 horas 20 min** (rango 35 min – 7 horas 30 min)

# RESULTADOS: intervención sobre pacientes

## Tratamientos más utilizados

Complicaciones: 5 RCP, 2 éxitos (0,006%): 1 en hospital emisor y otro en UCI



# CONCLUSIONES

- Importante porcentaje de pacientes atendidos y trasladados desde Urgencias → 25% de los traslados
- En la mayoría (88,9%) se precisa una estabilización previa en el hospital emisor (inicio de soporte respiratorio, canalización de vías o comprobación de las ya canalizadas, otras técnicas, inicio de tratamientos o comprobación de los ya empezados).
- La tasa de complicaciones es baja (4%) pero requieren intervención urgente.
- Las unidades de transporte especializadas en pacientes pediátricos pueden ser la mejor opción para estos pacientes.





GRACIAS  
¿ALGUNA PREGUNTA?

