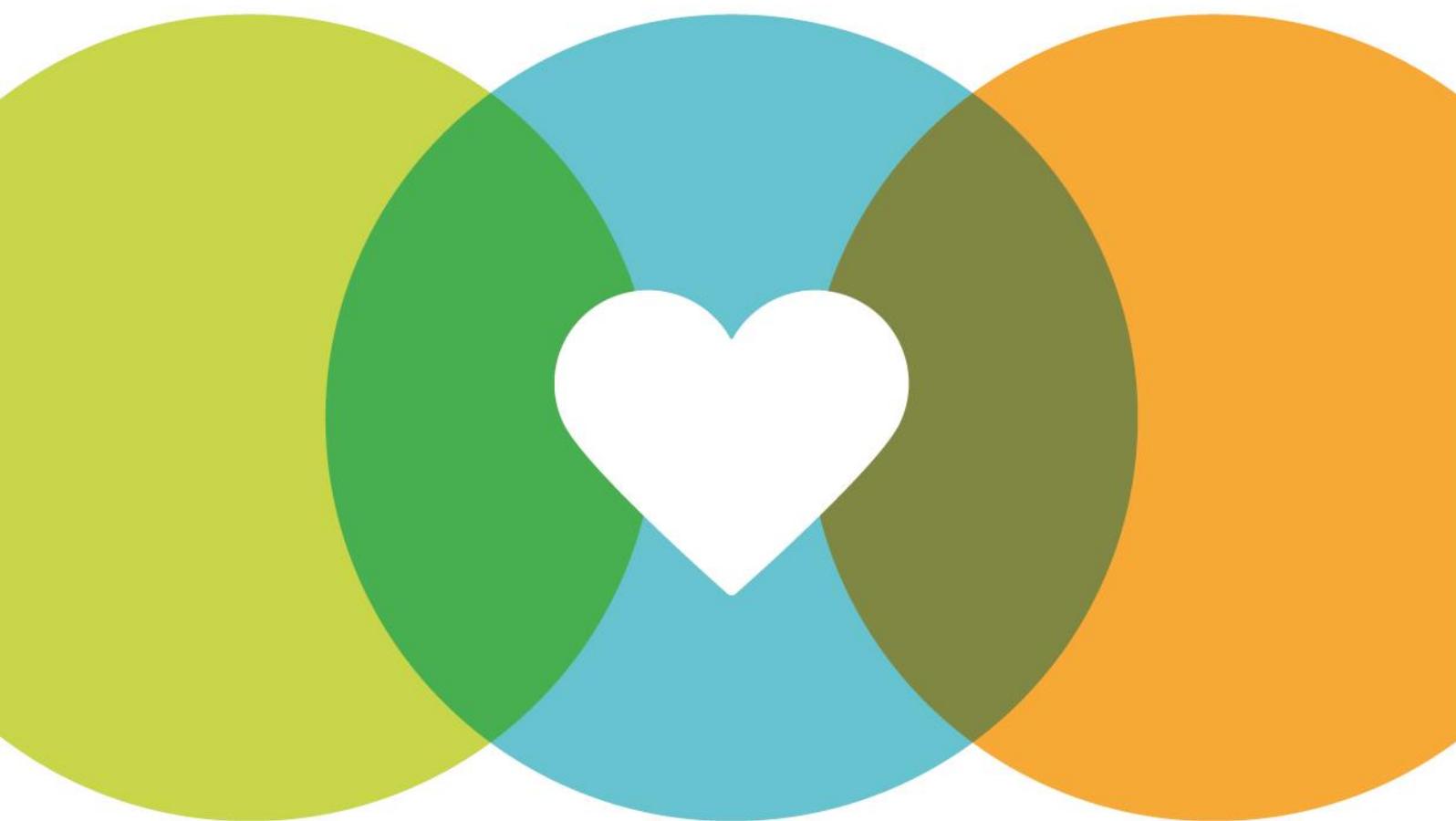


Condiciones esenciales del traslado neonatal

Salud

Argentina **unida**



Autoridades Nacionales

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Bellone

Directora de Salud Perinatal y Niñez

Gabriela Bauer

Director Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Claudio Ortiz

Autores

Dirección de Salud Perinatal y Niñez

Área de Neonatología

Aldana Ávila

Marcela Arimany

Carolina Asciutto

Sergio Balbiano

Patricia Fernández

Iván Heidenreich

Ricardo Nieto

Ana Quiroga

Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Carla A. Buono

Sandra Rosa

Cecilia M. Santa María

Elsa N. Tecilla

Edición

María del Carmen Mosteiro

Contenido

Introducción	5
1. El traslado neonatal. Fundamentos	5
2. Aspectos organizativos	5
3. Roles	6
3.1. El Equipo Asistencial.....	6
3.2. El Equipo Administrativo	7
3.3. El Centro de Coordinación y Comunicación	7
4. Equipamiento e insumos	8
4.1. Vehículos.....	8
4.2. Equipamiento	8
4.2.1. Equipos.....	8
4.2.2. Insumos.....	9
5. Aspectos legales y de seguridad	9
4.1. Consentimiento Informado para el traslado	9
4.2. Presupuesto	9
4.3. Registro de traslados.....	10
6. Lecturas sugeridas	11
7. Bibliografía	13
Anexo 1: Modelo de Historia de Traslado Neonatal y Consentimiento Informado	15

Introducción

En el marco de las Directrices para Móviles de Atención y Traslado Sanitario ([Res. 906-E/2017](#)) y de las [Recomendaciones para la Práctica del Traslado Neonatal](#) emitidas en 2012 por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación (DSPyN) elabora las «**Condiciones Esenciales de Traslado Neonatal**» (**CETNEO**), las que se constituyen en *recomendaciones*, enmarcadas en la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud Durante el Embarazo y la Primera Infancia ([Ley Nacional N°27.611](#) «Plan de los Mil Días»).

Las CETNEO establecen las necesidades mínimas en términos de organización, logística, recursos humanos, equipamiento e insumos con las cuales debe contar cada uno de los programas de traslado, ya sean provinciales o regionales, para garantizar mejores resultados de manera segura.

El documento se estructura según el siguiente orden:

1. El traslado neonatal. Fundamentos.
2. Aspectos organizativos.
3. Roles.
4. Equipamiento e insumos.
5. Aspectos legales y de seguridad

1. El traslado neonatal. Fundamentos.

La regionalización de la atención perinatal constituyó uno de los grandes avances en la reducción de la mortalidad perinatal, tanto a nivel mundial como nacional. Regionalizar implica, necesariamente, categorizar los efectores de salud según niveles de complejidad, constituir una red de atención y organizar un sistema de traslado que funcione en condiciones óptimas. Y comprende un contexto ampliado, que abarca el cuidado de la embarazada y el feto, así como de la púérpera y su bebé.

Si bien son notorios los avances logrados en nuestro país, tanto en términos de categorización como de implementación de redes de atención, queda pendiente el desarrollo de sistemas de traslado localmente adaptados, capaces de garantizar el correcto transporte de pacientes entre los distintos niveles de atención.

El propósito de este documento es establecer las condiciones mínimas con las que deben contar estos sistemas de traslado para cumplir con este objetivo, entendiendo que el éxito de una red regional requiere de la presencia de un sistema de transporte neonatal con fuerte liderazgo clínico y de gestión.

2. Aspectos organizativos

En primer lugar, es necesario contar con un **Programa de Traslado Neonatal provincial o regional**. Para ello se requiere una correcta planificación a nivel provincial o regional (en el caso de provincias extensas), a fin de establecer el sentido del flujo de las derivaciones según distancias, estado de los caminos, clima y niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la red.

Es importante tener en cuenta que, si bien existe la posibilidad de que el paciente presente cierta inestabilidad durante el traslado, la condición general de salud del niño no debería empeorar.

Como concepto general, para que un traslado neonatal sea realizado en óptimas condiciones, debe contar con:

- un **Equipo Asistencial** encargado de atender únicamente al recién nacido y su familia. Todo el equipo asistencial –enfermero/a, médico/a y conductor/a del vehículo– debe estar capacitado para brindar los cuidados necesarios a fin de sostener o mejorar la salud del recién nacido durante el traslado. Para reducir la mortalidad que podría ocurrir durante ese proceso, es muy importante disponer de personal capacitado para brindar una atención adecuada antes y durante el mismo.
- un **Equipo Administrativo**. Se recomienda que comparta la infraestructura administrativa y de comunicaciones con el transporte pediátrico o de adultos de su misma área programática.
- un **Centro de Coordinación y Comunicación**. La coordinación puede ser exclusivamente neonatal (recomendable), o bien perinatal, o bien puede ser compartida con otros programas de transporte de alta complejidad. Se necesita, además, una comunicación eficaz y fluida para poder coordinar las acciones de los múltiples actores implicados en el transporte entre establecimientos de salud.

3. Roles

3.1. El Equipo Asistencial

La Dirección Nacional de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación no sólo recomienda que los profesionales encargados del traslado tengan formación en terapia intensiva neonatal y la mayor experiencia posible entre todos aquellos disponibles, sino también que pertenezcan a un mismo grupo estable encargado de dicha tarea, puesto que la experiencia compartida mejora los resultados.

Se debe garantizar que la calidad de atención que recibe el paciente reciba atención sea de calidad igual o mayor que la recibida en el establecimiento de origen.

Existe evidencia suficiente que sugiere que los traslados realizados por personal sin el entrenamiento específico generan malos resultados en términos de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, fundándose en la evidencia se puede afirmar que el entrenamiento específico es más importante que la mera acreditación de la especialidad por el profesional que realiza los traslados.

Pacientes que requieren alta complejidad:

- Recién nacido menor de 1500 gramos, independientemente de su estado clínico.
- Recién nacido con necesidad de oxigenoterapia o de cualquier forma de soporte ventilatorio (ARM, CPAP cánula nasal de bajo flujo, cánula nasal de alto flujo, etc.).
- Recién nacido con acceso vascular central (percutáneo o accesos umbilicales).
- Recién nacido con requerimiento de inotrópicos o prostaglandinas.
- Recién nacido con malformaciones congénitas mayores que requieren resolución quirúrgica (defectos de pared, defectos de cierre del tubo neural, malformaciones pulmonares, obstrucciones, duplicaciones, malrotación del intestino, atresias esofágicas o intestinales).

rectales, hernias diafragmáticas, cardiopatías congénitas sospechadas o diagnosticadas, malformaciones vasculares cerebrales, etc.)

- Recién nacido con hipoglucemia.
- Recién nacido con convulsiones.

Se considera necesario que el equipo de médicos/as y enfermeros/as de transporte haya adquirido los siguientes conocimientos y habilidades:

- Acreditación en **Reanimación Cardiopulmonar Neonatal (RCPN) avanzada** y en estabilización del recién nacido de riesgo (**Programa ACoRN**).
- Conocimientos teóricos y prácticos para el **manejo de la enfermedad grave y la anticipación de eventuales complicaciones**.
- **Destreza para maniobras de intubación y seguridad de la vía aérea**, la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, el tratamiento hidroelectrolítico, farmacológico y de termorregulación.
- **Entrenamiento en transporte**, que incluye el manejo y la seguridad del equipamiento utilizado, así como capacidad para el manejo del estrés y de las situaciones conflictivas que puedan surgir durante todo el proceso de traslado y respecto de los diferentes actores involucrados.
- **Habilidades comunicacionales** –como escucha activa, empatía, respeto y credibilidad– para relacionarse con la familia del recién nacido. Es imprescindible establecer una relación de confianza, teniendo en cuenta que probablemente el equipo de traslado resultará desconocido para el grupo familiar.

3.2. El Equipo Administrativo

Es el encargado de la gestión de los equipos, los insumos y de otros aspectos administrativos inherentes a la organización particular establecida. Trabaja en comunicación directa y constante con el Centro de Coordinación y Comunicación.

3.3. El Centro de Coordinación y Comunicación

Sus tareas son la gestión, la capacitación y el monitoreo de las actividades de traslado, la generación de datos para el seguimiento y la mejora de resultados.

En particular y ante cada traslado, se ocupa de la gestión de camas, de establecer prioridades de acuerdo a las derivaciones solicitadas y de realizar las comunicaciones necesarias. Se ocupa además de gestionar el mantenimiento preventivo y las reparaciones necesarias, tanto del equipamiento como de los vehículos dedicados al traslado.

4. Equipamiento e insumos

4.1. Vehículos

Deben ser carrozados especialmente para transporte neonatal. Deben contar con:

- panel de gas doble (oxígeno y aire comprimido);
- aspiración regulable; y
- paneles eléctricos de 12 v y 220 v, con convertidor eléctrico.

4.2. Equipamiento

El equipamiento deberá ser completo y adecuado para continuar con el tratamiento que el niño haya recibido en la terapia intensiva neonatal de origen.

- Todo el personal de Transporte Neonatal deberá estar entrenado en el uso de la totalidad del equipamiento y deberá ser capaz de resolver todos los problemas relacionados con su funcionamiento.
- El equipamiento debe ser portátil, ser capaz de una autonomía no menor de 3 horas.
- El equipamiento será adecuado, en medida y peso, al contexto de la infraestructura local (ingreso a las unidades, ascensores, tamaño de la cabina del móvil, fijaciones, etc.).
- Los equipos deberán ser capaces de soportar vibraciones y oscilaciones, además de estar certificados para transporte. Si dicha certificación no figura en el Manual del Usuario, se debe consultar con el fabricante o el importador.
- Todo el equipamiento debe ser compatible entre sí y con la ambulancia, para evitar la interrupción de la terapia (por ej., el formato de las tomas de Oxígeno).
- Es fundamental cuidar la seguridad del equipamiento y del personal que lo utiliza, por lo que todos los componentes deben estar anclados y fijados de manera tal que toleren, inclusive, los movimientos bruscos sin daños ni roturas.
- El estado y el funcionamiento de todos los equipos debe ser controlado antes y después de cada traslado neonatal

4.2.1. Equipos

- Incubadora de transporte.
- Respirador de transporte neonatal-pediátrico.
- Calentador humidificador.
- Monitor multiparamétrico que registre: FC, FR, ECG, Tensión Arterial (invasiva y no invasiva).
- Oxímetro de pulso con tecnología adecuada para baja perfusión y movimiento.
- Monitor digital de temperatura.

- Mezclador de Oxígeno (*blender*) que ofrezca FiO_2 desde 21% al 100%, de 3 y de 10 litros por minuto.
- Sistema de aspiración desde 25 cm de agua, regulable.
- Bombas de infusión a jeringa, desde bajo flujo (0,1 mL/h), a alto flujo (100 mL/h).
- Tubos de oxígeno y de aire comprimido portátiles, de aluminio, de 1 o 1,5 m³ y 3 m³ de capacidad, a fin de garantizar el suministro de ambos durante el triple tiempo máximo previsto para el traslado, según la región de cobertura.
- Analizador portátil de glucosa en sangre.
- Resucitador con pieza en T, Tipo *Neopuff* o bolsa de reanimación con manómetro y válvula de PEEP.

4.2.2. Insumos

Se recomienda que estén organizados en cajas, bolsos o cajones (rotulados), según los siguientes conjuntos o *sets*:

- Monitoreo y termorregulación.
- Soporte respiratorio.
- Accesos vasculares.
- Paquete de medicamentos.

5. Aspectos legales y de seguridad

El transporte implica una transferencia de responsabilidad desde el personal y el efector que envían al paciente a aquéllos que lo reciben. Las líneas de responsabilidad, los reglamentos y directrices administrativas correspondientes deben estar claramente definidas.

Se sugiere completar la Historia Clínica de Traslado, en la cual deben figurar los antecedentes, las medidas de estabilización aplicadas y el estado del paciente durante dicho proceso. Los pacientes trasladados son pacientes graves, sobre quienes se realizan múltiples procedimientos que deben quedar explícitamente registradas.

4.1. Consentimiento Informado para el traslado

Se debe contar con un modelo de Consentimiento Informado para el Traslado, que deberá ser firmado por uno o ambos padres o el tutor.

4.2. Presupuesto

Se sugiere que el Equipo de Traslado Neonatal cuente con presupuesto específico asignado, estableciéndolo como programa o división de alguna estructura dependiente de la cartera de salud de la jurisdicción.

4.3. Registro de traslados

Es recomendable que las jurisdicciones lleven un registro de casos (ver **Anexo 1: Ficha de traslado**) con los datos clínicos previos al traslado (diagnóstico y necesidad de la derivación), la evolución durante el traslado y la epicrisis al egreso hospitalario. Esto permitirá –relacionándolo con los datos de mortalidad– evaluar el impacto de la regionalización y la implementación de las CETNEO.

6. Lecturas sugeridas

- Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal.* Ministerio de salud de la Nación, 2012. Disponible en: <https://tinyurl.com/dup87fjd> (Recuperado el 2-nov-2021)
- ACoRN: Acute Care of at-Risk Newborns.* ACoRN Neonatal Society. ACoRN Editorial Board. Versión actualizada 2010.
- Bellani P, Zerillo M, Rodriguez S y col. *Transporte Neonatal.* Actualización. Revista Medicina Infantil 2002; (IX): 22-29
- Consenso sobre traslado de niños críticamente enfermos.* Arch Arg Pediatr.2000;98 (6):415
- CEFEN. *Transporte Neonatal.* Arch Arg Pediatr.1994;92:380
- Brandstrup Azuero KB, Calvo C, Domínguez P. *Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico.* Rev Esp Pediatr. 2010; 66: 18-29
- American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. *Guidelines for air and ground transportation of pediatric patients.* Pediatrics. 1999
- G. Pettett, S. Sewell, G. Merenstein. *Regionalization and transport in perinatal care. Handbook of Neonatal Intensive Care, 5.ª ed., pp. 31-45*
- Fenton A.C., Leslie A, Skeoch C.H. *Optimizing neonatal transfer Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;F215-F219.
- Esqué MT (comisión de estándares de la SEN). *Recomendaciones para el traslado perinatal.* Memoria SEN 2000-2001: p 29-38.
- Guidelines for Air and Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients.* American Academy of Pediatrics, 2007.
- Domínguez P, Renter L, Peña Y, Cañadas S. Transporte del niño crítico. En: López Herce J, Calvo C, Baltodano A, Rey C, Rodríguez A, Lorente MJ, eds. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos.* 3ª ed. Madrid: Publimed; 2009. p. 659-70. 3.
- Carreras E, Ginovart G, Caritg J, Esqué MT, Domínguez P. *Transporte interhospitalario del niño crítico en Cataluña.* Med Intensiva. 2006; 30: 309-13.
- Hermoso Gadeo FE, Aguilar Guerrero JR. *Centro Coordinador de Emergencias: estructura y funciones.* Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/> [2016].
- Skeoch C.H., Jakson L, Wilson A.M, Booth P. *Fit to fly: practical challenges in neonatal transfers by air.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2005;90:F456-F460
- Leslie A, Stehenson T. *Neonatal transfers by advanced neonatal nurse practitioners and paediatric registrars.* Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 2003; 88; 509-512.
- Coppola C.P. Tyree M, Larry K. *A 22-year experience in global transport extracorporeal membrane oxygenation.* Journal of Pediatric Surgery (2008) 43, 46-52
- Rickets C. A. *Resuscitation of the Surgical Neonate.* Clinics in Perinatology 1999, 26: (3) 693-717.
- Roig C, Berrueta M. *Estabilización y transporte de pacientes pediátricos y neonatales.* 2005. Sociedad Argentina de Pediatría.

- Moreno Hernando J, Thió Lluch M, Salguero García E, Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echaniz Urcelay I, et al. *Recomendaciones sobre transporte neonatal*. An Pediatr (Barc). 2013; 79: 117.e1-e7
- Cuidado del recién nacido al nacer y emergencias en el primer mes de vida* (IMEESC 3.2 y Manejo Integrado del Embarazo y el Parto. Manejo de los Problemas del Recién Nacido: guía para médicos, enfermeras y matronas (parteras) OMS 2003 ISBN 92 4 154622 0. "Recién nacido OMS").
- Lutman D., Petros A. *Inhaled Nitric Oxide in Neonatal and Paediatric Transport*. Early Human Development 84 (2008) 725-729.
- Jaimovich D.G. *Transporte de pacientes pediátricos críticos: entrando en una nueva era*. Anales Españoles de Pediatría. 2001, 54:209-212
- Reisner D. Landers S: *Collaboration Between Obstetricians and Neonatologists: Perinatal Safety Programs and Improved Clinical Outcomes*. Clinics in Perinatology. March 2010, Volume 37,1, 179-188,
- Domínguez P. *Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España*. An Pediatr (Barc). 2014; 81: 203-4.
- Bowman E. *Control of Temperature During Newborn Transport: and Old Problem with New Difficulties*. J Paediatr Child Health 1997; 33:398-401.
- Thió M, Esqué M. *Transporte Neonatal. De guardia en Neonatología*. Ergon Ed. 2008. p 157-165. 2ª edición.
- Transporte neonatal: *Organización de un equipo de traslado neonatal*. Wally Carlo M.D, et al. University of Alabama at Birmingham Department of Pediatrics 2010.
- Meckler G, Lowe C. *Transporting Infants on Prostaglandin E1*. Pediatrics 2009; 123:1 e25-e30
- Smith/Harrison. *Stabilization And Transport Of Infants Referred For Cooling*- April 2011. Embrace. Yorkshire & Humber. Infant & Children's Transport Service
- The Paediatric Intensive Care Society. *Standards For The Care Of Critically Ill Children* (2010). *Toolkit for High Quality Neonatal Services*. DOH (11/09)
- Cornette L. *Transporting The Sick Neonate*. Current Paediatrics (2004) 14, 20-25.
- University of Washington Academical Medical Center, Children's Hospital and Regional Medical Center. *Immediate Care And Transport Of The Sick Newborn*. <http://neonatal.peds.washington.edu/NICUWEB/trans1.stm>
- Yorkshire Neonatal Network *HIE guideline*.



7. Bibliografía

- Barros FC, Papageorghiou AT, Victoria CG, et al. "The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome: Implications for Prevention"; JAMA Pediatr, 2015. 169(3):220-9.
- Blencowe, et al., "Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births"; Reproductive Health, 2013.
- Buchbinder, "Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal"; Arch Argent Pediatr, 2008.
- Estrategia Todas las Mujeres, Todos los Niños para América Latina y el Caribe (EWEC-LAC).
- Herrero y Bossio, "Determinantes sociales de la mortalidad infantil por causas reducibles en la Argentina, 2009-2011"; Población y Salud en Mesoamérica, Vol.15, núm. 1, Artículo 9, julio- diciembre, 2017.
- Lawn et al. Every Newborn: "Progress, priorities, and potential beyond survival"; The Lancet, July 2014.
- Mendoza-Tacson, et. al. "Epidemiología de la prematurez, sus determinantes y prevención del parto prematuro"; Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4, Santiago de Chile, Agosto 2016.
- Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) "Regionalización de la Atención Perinatal"; Buenos Aires, 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación, "Regionalización perinatal en la Argentina: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal"; 2da ed., Buenos Aires, 2018.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del recién nacido prematuro. Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal. Recomendaciones y lineamientos prácticos" Buenos Aires, 2019.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del RN prematuro. Cuidados respiratorios. Pautas y lineamientos prácticos. Buenos Aires, 2019.
- Ministerio de Salud de la Nación. "Atención y cuidado del RN prematuro. Manejo hidroelectrolítico, Termorregulación. Cuidado de la piel. Pautas y lineamientos prácticos". Buenos Aires, 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación, "Análisis de la natalidad y la mortalidad materna y en la niñez. A partir de la información proveniente del Sistema de Estadísticas Vitales de la República Argentina"; Abril 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación, "Natalidad y mortalidad infantil 2019"; Boletín N°163, Argentina, enero 2021.
- 62a Asamblea Mundial de la Salud, "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud"; Mayo 2009.
- Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional. Organización Panamericana de la Salud.

- OMS, UNICEF “Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación”; Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
- OPS “Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción”; 2020.
- UNICEF, “Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas”; Panamá, Noviembre, 2016.
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, Prosperar, Transformar. ODS. Todas las Mujeres, todos los Niños.
- Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud. OPS. OMS
- Latorre García y col. Desigualdades sociales en la salud perinatal en la CAPV. Abril 2007. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Bauer G. Un indicador de Estado. Revista Soberanía Sanitaria. Año 1. N°2. Pág 10-15. 2017
- Regionalización de la atención perinatal. Documentos. 2011. MSAL. OPS
- Regionalización de la atención perinatal. Documentos. 2018. MSAL
- Bacallao J, Alerm A, Ferrer M. Paradigma del curso de la vida: implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública. La Habana: Medical Sciences Editorial; 2016.
- Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Plan Nacional de Acción contra las violencias 2020-2022, Argentina, 2020.
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia 2017-2019



Anexo 1: Modelo de Historia de Traslado Neonatal y Consentimiento Informado

DATOS ADMINISTRATIVOS					
Fecha:	Hora al primer llamado:		Traslado N°:		
Nombre y apellido del paciente:					Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre y apellido de la madre / padre / responsable:				DNI:	
Dirección de residencia:				CP:	
Teléfonos:					
Efector derivante:		Médico/a:		Matrícula:	
Efector receptor:		Médico/a:		Matrícula:	
DATOS DEL TRASLADO					
Motivo principal de la derivación:					
Médico/a de traslado:					
Enfermero/a de traslado:					
Conductor/a:					
Hora de llegada al efector derivante:					
Hora de salida del efector derivante:					
Interconsulta:	Hora de llegada:		Hora de salida:		
Hora de llegada al efector receptor:					
ANTECEDENTES PERINATALES					
Gesta:	Para:	Ab:	Cesáreas:	Orden gemelar:	
Fecha de nacimiento:		Días de vida:		Edad Gestacional:	
Apgar:	Peso al nacer:		Peso actual:		EAB cordón:
Vía de parto:				Líquido Amniótico:	
Diagnósticos:					
					Malformación visible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros antecedentes de importancia:					
Serologías:					
Evolución:					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
Ciudad:		Fecha: / /		Hora	
Autoriza el traslado del paciente:				N° pulsera	
al (Institución)				Informe a padres: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>Autorizo la realización del traslado y los procedimientos necesarios para la estabilización previa y posterior del paciente. Me han sido explicados y entiendo los riesgos y beneficios del transporte de alta complejidad.</p>					
Firma: Aclaración:					
Vínculo:					

EVOLUCIÓN							
Laboratorio:	Hemograma:	GB:		HTO:	Plaquetas:		
TP:	KPTT:	Na:	K:	Ca:	Otros:		
T°/T° incubadora:							
LÍQUIDOS							
Ingresos	VCL/NPT:						
	Transfusiones:						
	Expansiones						
	Oral:						
Egresos	Diuresis:						
	Ostomías:						
	Sonda:						
Glucemia:							
ASPECTO RESPIRATORIO							
Saturación:							
FR:							
Modo ventilatorio:							
FiO ₂ :							
EAB:							
Aspiración TET:							
Fijación TET:							
Ubicación TET:							
Rx:							
ASPECTO CARDIOVASCULAR							
Frecuencia cardíaca:							
TA:							
Accesos: (Consiguar fecha de su colocación)	Periférico:						
	<input type="checkbox"/> CAU						
	<input type="checkbox"/> CVU						
	<input type="checkbox"/> Percutáneo						
Inotrópicos:							
Prostaglandinas:							
SNC							
Estado de conciencia	<input type="checkbox"/> Sedado						
	<input type="checkbox"/> Letárgico						
	<input type="checkbox"/> Vigoroso						
<input type="checkbox"/> Convulsiones							
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes							
<input type="checkbox"/> Sedación							
<input type="checkbox"/> Parálisis							
Otros							
<input type="checkbox"/> ATB							
<input type="checkbox"/> Complicaciones durante el traslado:							
				Firma y sello:			



Ministerio de Salud
Argentina