



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

TEMA:

**“Grado de cumplimiento de la normativa ministerial de traslado del
neonato transferido al Hospital Dr. Roberto Gilbert”**

AUTOR:

Dr. Kristhian David Morales Morán

DIRECTOR:

Dra. Aurora Chávez

Guayaquil – Ecuador

2013



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Dr. Kristhian David Morales Morán

DECLARO QUE:

El borrador del Trabajo de Tesis “Grado de cumplimiento de la normativa ministerial de traslado del neonato transferido al Hospital Dr. Roberto Gilbert” previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el Texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis Mencionado.

Guayaquil, a los 10 días del mes de octubre de 2012.

EL AUTOR

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios, por darme la oportunidad de la vida, para lograr llegar a cumplir las metas impuestas en mi vida, gracias Dios por todas tus bendiciones.

A mis padres, quienes con toda la paciencia del mundo supieron guiarme por el sendero del bien. Estimulándome toda mi vida con ejemplos impartidos que solo se ven reflejados en mis triunfos. Gracias padres los querré siempre

A mi esposa, Quien fue y seguirá siendo pilar fundamental de todos los triunfos logrados, gracias por esa paciencia cada vez que tuve que estar tanto tiempo fuera de casa y tener que esperar mi llegada, gracias por cuidar a la perfección a mis hijas en mi ausencia. Una gratitud inmensa. Paola. La amaré por siempre

A mis hijas Karla y Danna, motivos principales de mi vida, a uds. Que son lo más grande que tengo en la vida, les dedico este trabajo como ejemplo de motivación y estímulo para que de esta manera sea una guía en el camino de superación que tendrán que pasar. Recuerden siempre a su padre, las adoro hijas.

A mis profesores y ahora compañeros de trabajo, por todos los conocimientos impartidos, sus experiencias que dieron bases importante a mi formación, también les agradezco un mundo por esa paciencia en aquellos momentos difíciles. Por eso los recordaré por siempre.

A hospital Dr. Roberto Gilbert E, Dr. Enrique Valenzuela, Dra. Marisol Kittyle Jefe del Departamento de UCIN, Dra. Leonor Paladines, Dra. Aurora Chàvez, y a todas las personas que de una u otra manera hicieron posible la realidad de este trabajo que servirá como aporte al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros neonatos

Y lo más importante, a todos los angelitos caídos en guerra por la vida, que nacieron para morir dejando huellas que recién están siendo tomadas en cuenta, estoy seguro que esta será la guía para mejorar las estrategias, protocolos y procedimientos encaminado para mejorar la calidad de vida de nuestros neonatos. Uds., son la inspiración de este trabajo. Dios los bendiga por siempre y para siempre

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado principalmente a todos los neonatos fallecidos, quienes nacieron para morir, expuestos a diversas situaciones, enfrentándose a un medio también hostil sin ningún tipo de seguridad médica-legal, emocional, protección gubernamental, sin fuerzas, en donde solo la supervivencia del más fuerte genéticamente está presente para lograr el objetivo de la vida.

Siendo este trabajo el motivo principal para la creación del proyecto GAP (grupo de apoyo crítico), que con la venia del gobierno actual beneficiaran a miles de neonatos mejorando la calidad y calidez en la atención al neonato, reduciendo la tasa de mortalidad neonatal

A los estudiantes profesionales de la salud, pediatras, neonatólogos y al resto de generaciones que están por venir, que sirva de guía para adoptar nuevas normativas y mejorar la atención integral del recién nacido.

RESUMEN

Antecedentes: En algunas ocasiones, los medios que necesita un neonato para sobrevivir no se encuentran disponibles en el lugar donde se atiende el parto o donde ha permanecido mientras se espera su recuperación, siendo necesario que se efectúe un transporte de neonato. Esta acción debe ser realizada de forma óptima ya que la forma de efectuarla influye en la morbilidad neonatal, por lo que debe apegarse a las normas que se han emitido. En Ecuador en el 2010, el MSP publicó una norma, pero no se si esta se cumple. **Objetivos:** Establecer el grado de cumplimiento de las condiciones de traslado según la normativa nacional establecida por el MSP en transferencias de neonatos efectuadas hasta el hospital “Dr. Roberto Gilbert” **Método:** Se realizó un estudio transversal en el que incorporaron de manera aleatoria 100 traslados efectuados a esta institución en el año 2010. **Análisis Estadístico:** Se utilizaron frecuencias simples, porcentajes, promedio y desviación estándar. **Resultados:** El 89% de los casos es trasladado en un vehículo institucional, generalmente son productos pretérmino (63%), con 1 a 7 días de vida extrauterina (74%), nacidos por cesárea (65%). Por lo general son transportados por padecer una patología respiratoria infecciosa (58,4%). El transporte se atiende en la mayoría de las ocasiones entre las 16 y 24 horas (35%). El MSP es el que realiza el 65% de los pacientes, con mayor frecuencia de zonas urbanas (99%) principalmente de instituciones del Guayas (51%). Los neonatos son transportados en estado crítico en el 98% de las ocasiones, mediante traslado urgente (97%). En el 100% de los casos se incumple la norma del MSP. El ítem con mayor cumplimiento (25%) es el mantenimiento de la temperatura axilar. **Conclusiones:** La normativa ministerial se incumple en el 100% de los casos, y los ítems de mayor conformidad solo se cumplen en el 25% de los casos, por lo que se hace urgente intervenciones para modificar este problema.

Palabras claves: TRANSPORTE NEONATAL. NORMATIVA.

Summary

Background: Sometimes the media needs to survive a newborn are not available at the place where the birth attendant or where it has remained pending his recovery, being necessary to the conduct of a neonatal transport. This action must be performed optimally since it influences the way you do in neonatal morbidity and mortality, so it should stick to the rules that have been issued. In Ecuador in 2010, the MOH issued a rule, but do not know if this is true. **Objectives:** To establish the degree of compliance of conditions of service, under the national rules set by the MSP in neonatal transfers made to the "Dr. Robert Gilbert" hospital. **Methods:** A cross sectional study in which 100 newborn transfers, was randomly incorporated made to this institution in 2010. **Statistical analysis:** We used simple frequencies, percentages, mean and standard deviation. **Results:** 89% of the cases are transferred into an institutional vehicle, generally are products preterm (63%), with 1 to 7 days after birth (74%), born by cesarean (65%). They are usually transported by developing an infectious respiratory disease (58.4%). Transportation is addressed in most cases between 16 and 24 hours (35%). The MSP is performing 65% of patients, most often in urban areas (99%) mainly from institutions of Guayas (51%). Infants are transported in critical condition in 98% of used vehicles by urgent transfer (97%). In 100% of cases does not respect the rule of the MSP. The item with the highest compliance (25%) is the maintenance of axillary temperature. **Conclusions:** The ministerial regulation is violated in 100% of cases, and items of greater conformity are met only in 25% of cases, so it is urgent interventions to change this problem.

Keywords: NEONATAL TRANSPORT. REGULATIONS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 INTRODUCCIÓN	1
2 EL PROBLEMA.....	3
2.1 Identificación, valoración y planteamiento	3
2.2 Formulación.....	3
3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	4
3.1 General.....	4
3.2 Específicos.	4
4 REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
4.1 Marco Referencial.....	6
4.2 Marco Teórico.....	7
4.2.1 Traslado neonatal	7
4.2.2 Bases del éxito de traslado neonatal	9
5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	12
6 MÉTODO	13
6.1 Justificación de la elección del método.....	13
6.2 Diseño de la investigación	13
6.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	13
6.2.2 Técnica de recolección de la información	14
6.2.3 Técnicas de análisis de la información.....	14
6.3 Variables.....	14
6.3.1 Operacionalización de variables	14
6.3.2 Definición de categorías y términos que se utilizarán en la investigación	18
7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	20
8 DISCUSIÓN.....	28
9 CONCLUSIONES	30
10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 6-1: Matriz de operacionalización de variables	18
Tabla 7-1: Distribución de los casos de transporte neonatal según tipo de patología que ocasionó el transporte	23
Tabla 7-2: Distribución de los casos de transporte neonatal según provincia de procedencia	25
Tabla 7-3: Distribución de los casos de transporte neonatal según cumplimiento de la norma	27

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 7-1: Distribución de los casos de transporte neonatal según medio de transporte.....	20
Gráfico 7-2: Distribución de los casos de transporte neonatal según edad gestación al nacer.....	21
Gráfico 7-3: Distribución los casos de transporte neonatal según edad del neonato.....	21
Gráfico 7-4: Distribución de los casos de transporte neonatal según vía del parto.....	22
Gráfico 7-5: Distribución de los casos de transporte neonatal según hora del traslado	23
Gráfico 7-6: Distribución de los casos de transporte neonatal según institución de procedencia	24
Gráfico 7-7: Distribución de los casos de transporte neonatal según zona de procedencia	25
Gráfico 7-8: Distribución de los casos de transporte neonatal según estado del paciente.....	26
Gráfico 7-9: Distribución de los casos de transporte neonatal según tipo de traslado	26

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de manejo del transporte neonatal según la norma Ministerial. (MSP et al. 2008).....	35
Anexo 2: Formulario de recolección de información	40
Anexo 3: Base de datos	45

1 INTRODUCCIÓN

Los medios que necesita un neonato para sobrevivir en algunas ocasiones no se encuentran disponibles en el lugar donde fue atendido el parto, haciendo necesario su traslado hacia una institución que se los pueda ofrecer (21). En este momento el transporte comienza a formar parte del proceso del cuidado neonatal al jugar un papel importantísimo en el pronóstico neonatal (3).

Sin embargo se ha mencionado que un traslado neonatal adecuado conllevaría una alta inversión por paciente y esto ha contribuido en parte con el incumplimiento del transporte neonatal bajo normativas (22). Ventajosamente esta suposición no tienen asidero ya que la disminución de la mortalidad, la estadía hospitalaria, la morbilidad a corto, mediano y largo plazo alcanzadas con el transporte adecuado vuelven rentable el transporte del neonato (12).

Recientemente (18) también se ha informado en un estudio con 40 neonatos diagnosticados con gastrosquisis u onfalocele, que el transporte adecuado del neonato es un factor que disminuye significativamente el fracaso de la reparación de estos defectos congénitos

A pesar de las ventajas del transporte normatizado del neonato, este al parecer se cumple en el Ecuador en condiciones no adecuadas. De hecho el Ministerio de Salud Pública confirmó estas sospechas cuando informó que el transporte neonatal de emergencias adolecía de graves problemas dificultando la atención del neonato y por ende la reducción de su muerte en los componentes del Sistema Nacional de Salud (16) esto a pesar de la existencia de una normativa específica para el transporte de pacientes de hasta 28 días de nacidos (15).

No obstante, el incumplimiento de la norma, no es una condición que atañe solamente al país. Un estudio efectuado en Chile (22) reporta un

incumplimiento del 60%, mientras que en Perú es de aproximadamente el 75% (13)

Por todo lo expuesto el equipo de salud tiene la obligación de apoyar los esfuerzos que se destinen a mejorar medios e infraestructuras relacionados con el transporte de recién nacidos. Esto se torna es una actividad estratégica para instituciones de salud como el hospital “Dr. Roberto Gilbert” que recibe un importante número de neonatos transferidos desde otro centro de salud debido a su categoría de institución de especialidad de 3 nivel.

Por este motivo a continuación se presentan los resultados de un estudio que evaluó el cumplimiento de la normativa de transporte neonatal en pacientes neonatos, trasportados hasta el hospital “Dr.Roberto Gilbert”. El trabajo muestra el total incumplimiento de la norma ministerial actualmente vigente y señala la necesidad de que se realicen intervenciones que puedan cambiar el estado de las cosas en las instituciones públicas y privadas del país.

2 EL PROBLEMA

2.1 Identificación, valoración y planteamiento

El hospital “Dr. Roberto Gilbert” es una institución que recibe una gran cantidad de neonatos críticos trasladados desde diferentes regiones de la provincia y del país especialmente pacientes con problemas respiratorios (10). La evolución de estos pacientes, a pesar de la existencia de tecnología adecuada y personal especializado en el manejo de recién nacidos críticos, es impredecible.

Se ha considerado la posibilidad de que factores ajenos a esta dependencia estén determinando la evolución y pronóstico del recién nacido. Un aspecto a tomar en cuenta sería el traslado neonatal, debido a que constituye un factor que influye de manera importante en el pronóstico y evolución de estos. Sin embargo su evaluación no se ha realizado y no se conoce si los traslados cumplen o no la normativa ministerial vigente para este proceso, y aunque es casi seguro que el mismo no se efectúe de manera satisfactoria, no se ha informado cuales son los requisitos que no se cumplen y en que medida se presentan estas transgresiones a la norma.

2.2 Formulación

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la normativa ministerial de traslado del neonato transferido al hospital “Dr. Roberto Gilbert”?

3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

3.1 General

Establecer el grado de cumplimiento de las condiciones de traslado según la normativa nacional establecida por el MSP en transferencias de neonatos efectuadas hasta el hospital “Dr. Roberto Gilbert”.

3.2 Específicos.

- Determinar la condición (*medio de transporte neonatal, hora de traslado, tipo de traslado*), en la que se realizó el transporte del neonato atendido en el hospital “Dr.Roberto Gilbert”.
- Determinar las características de los neonatos transportados (*edad de gestación al nacer, vía del parto, edad neonatal, patología neonatal que ocasionó el transporte, institución de procedencia, provincia de procedencia, zona de procedencia, estado del paciente*)
- Comparar la normativa ministerial de traslado (*mantener temperatura axilar, existencia de dextrosa, existencia de fuente de oxígeno, traslado realizado en incubadora, incubadora de transporte neonatal, existencia de soporte para venoclisis, existencia de equipo de microgotero, vigilar la oxigenación, contar con los equipos e insumos básicos, existencia de personal que transportará al RN así como los equipos, verificación cada 10 minutos verificar, el personal que transporta debe dominar técnicas de resucitación y primeros auxilios, existencia de catholones N 22, existencia de guantes estériles, existencia de ambú, existencia de equipo de aspiración, colocación de sonda orogástrica, existencia de sonda orogástrica 5 Fr, existencia de fuente de luz, existencia de laringoscopia, existencia de equipo para medir, existencia de termómetro oral, existencia de insumos*), con las actividades, dotación de materiales y recursos e intervenciones realizadas durante el traslado del neonato hacia el hospital

- Determinar el porcentaje de cumplimiento.

4 REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Marco Referencial

Desde hace aproximadamente 40 años, se ha demostrado que la forma de cómo se traslada al neonato moderada o gravemente enfermo desde lugar donde nace o se complica a una Institución donde puedan resolver su problema (generalmente una institución de mayor nivel de complejidad para la atención en salud), influye en los resultados terapéuticos y en el pronóstico de vida.

Así aquellos transportados de manera improvisada, tienen una evolución menos favorable que aquellos en los que se realiza de manera planificada. De hecho, los recién nacidos inmaduros que nacen en un centro de nivel II tienen menos probabilidades de desarrollar parálisis cerebral que aquellos que nacen en un centro de nivel III.

Sin embargo alrededor del 40% de los problemas perinatales, no son predecibles y tienen que ser atendidos inicialmente en el lugar en que se presentan (1). En un RN puede producirse una enfermedad grave en una institución donde no existe el soporte adecuado de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), por lo que debe de referírsele a un hospital cercano que disponga de una unidad de neonatología adecuadamente dotada para atender a este tipo de paciente. Adicionalmente, debe tenerse en consideración que la valoración y tratamiento de RN con enfermedades críticas requiere experiencia y entrenamiento especializados.

Para esto ha de llevarse a cabo un transporte interhospitalario adecuado para aumentar la probabilidad de supervivencia y una menor incidencia de secuelas en este grupo de niños. (9) En este sentido, se puede decir que el objetivo de todo sistema de transporte neonatal, es la derivación rápida y segura con un nivel de asistencia cualificado. Proporcionar a los recién nacidos una atención adecuada en la sala de partos y un traslado en

buenas condiciones disminuye la morbimortalidad perinatal y la incapacidad originada en la etapa perinatal en aproximadamente un 50 % (9).

Una asistencia adecuada en relación con la estabilización previa al traslado así como la utilización de criterios mínimos de transporte, elimina riesgos sobreañadidos a los que ya presenta este recién nacido crítico. Por este motivo algunos autores prefieren hablar de traslado la valoración del neonato, la búsqueda del centro adecuado más próximo, la estabilización y el transporte propiamente dicho en el vehículo más apropiado.

El estudio de Chance y cols. (4), que comparó el traslado de niños menores a 1500 g. con y sin Enfermedad de Membrana Hialina mediante un Grupo improvisado vs. un grupo de Transporte, encontró diferencias significativas en este último respecto a variables como al mantenimiento cercano a la normalidad en Ph, CO₂, déficit de base, y temperatura rectal; mayor requerimiento de temperatura ambiental en la incubadora, así como menor mortalidad durante el transporte y posterior a él, menos días en UCI y en la hospitalización total.

4.2 Marco Teórico

4.2.1 Traslado neonatal

Generalidades

No siempre se puede disponer de unidades de neonatología especializadas en todos los centros en donde se atienden partos. En algunas circunstancias el neonato requiere traslado desde estos centros hacia una unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN). A este recién nacido, debe proporcionársele estabilización y admisión en el hospital del nivel que corresponde a su estado de salud.

Por este motivo es necesario disponer de un sistema de traslado neonatal que permita llevar a los RN que requieren de cuidado especializado

(5). El transporte neonatal debe formar parte de los programas de un sistema de salud y su ordenamiento responder por lo tanto a la realidad de cada uno de estos, es decir a la planificación, a la infraestructura y a los recursos humanos, técnicos y materiales de una red escalonada de centros perinatales, y neonatal, asegurar la formación del personal sanitario responsable del mismo, mantener la comunicación y coordinación entre los diferentes servicios y disponer de un sistema de control de calidad de resultados (2).

Tipo de traslado neonatal

El traslado neonatal se clasifica en (9, 13,14):

Traslado urgente

Toda situación de falla respiratoria grave que no pueda ser controlada:

- Prematuros extremos (peso inferior a 1.500 g).
- RN con hipoxia, distrés respiratorio moderado, alteraciones neurológicas.
- RN con alteraciones hemodinámicas secundarias a reanimación profunda, infección e hipoglucemia severa no controlada.
- Malformaciones cardíacas o/y otras viscerales.

Traslado programado

Se entiende como tal el que concierne al RN es estado precario (no urgente) que necesita consulta o examen especializado.

Fases del transporte

Las fases del transporte son:

- Activación: comprende la comunicación formal del traslado y organización de los equipos y personal responsables del mismo.
- Estabilización: incluye todas aquellas actividades de soporte que se consideran necesarias realizar antes de iniciar el traslado.
- Traslado: comienza cuando se instala el RN en el vehículo, y termina con la transferencia al personal responsable en el hospital de destino.
- Transferencia: recepción por parte del equipo del tercer nivel de atención y retroalimentación y evaluación de los resultados del traslado a los equipos emisores.
- Reactivación: regreso del equipo de traslado al hospital emisor y preparación del material y vehículo para nueva activación.

4.2.2 Bases del éxito de traslado neonatal

La base del éxito del traslado neonatal radica en el cumplimiento de los siguientes principios (9, 13,14):

Regionalización de los niveles de Atención Médica

Es fundamental la existencia de una estructura institucional fundamentada en definiciones claras de los niveles de atención médica para que se use de manera racional los recursos humanos y tecnológicos.

Cuidado Básico prenatal de óptima calidad desde el primer trimestre de gestación:

La identificación de los casos de Alto Riesgo perinatal ayuda a que la institución identifique cuales son los partos que tienen mayor riesgo de ser remitidos a centros de mayor nivel de atención, de acuerdo a la complicación esperada.

Mayor integración Obstétrico-Pediátrica

La comunicación a Pediatría con antelación sobre la existencia de un parto con alto riesgo de que el producto tenga complicaciones permite la anticipación en el manejo óptimo del Recién nacido de Alto Riesgo, evitando al máximo la repercusión de eventos tales como prematurez, hipoxia-isquemia y todas sus consecuencias, hipotermia, hipoglucemia, acidemia, etc. durante la estabilización inicial y obviamente durante el transporte. Incluirá también la posibilidad del traslado del binomio madre hijo, cuando sea posible.

Remisión temprana de casos de Alto Riesgo

Un caso con un altísimo riesgo de que resulte un producto con patologías que no puedan ser atendidos debe de ser trasladado incluso antes del nacimiento.

Estricta selección de las pacientes que se remiten

Hay que realizar una buena clasificación del riesgo perinatal ya que hasta un 36% de los casos consideradas de "Alto Riesgo" no resultan en niños con complicaciones.

Entrenamiento en el manejo en el lugar de nacimiento

En todo lugar donde se atiendan partos, sea cual sea su nivel de complejidad deben existir personas entrenadas, equipos y elementos básicos para la reanimación y estabilización adecuada de la madre y el neonato. El cuidado deberá extenderse al transporte hasta el lugar a donde se remite.

Educación continuada a los profesionales dedicados al cuidado obstétrico-pediátrico

El personal que traslada neonatos o madres en todos los niveles

requerirá entrenamiento permanente en reanimación y estabilización de la madre y al recién nacido de Alto riesgo durante el período transnatal y neonatal.

Central de Coordinación y Comunicación

Se debe tener la información de los recursos disponibles en los tres niveles de atención, el tipo de transporte con el que se cuenta, el tipo de transporte que se requiere, las condiciones de acceso, el clima, el tráfico, la ubicación geográfica. Los sistemas de GPS actualmente son ideales para el seguimiento y la guía de los transportes.

Personal entrenado, con conocimiento y experiencia para el transporte

Todos los componentes del grupo deben tener entrenamiento en Medicina del Transporte (13).

Los miembros del grupo además de contar con la legislación y con los conocimientos deben tener experiencia, actitud y destreza, El grupo completo de transporte debería incluir: director médico, coordinador de transporte y médico, médicos de transporte (en neonatos, estos dos últimos deberán ser neonatólogos o pediatras con entrenamiento en neonatología), enfermeras neonatales de transporte, paramédico, terapeutas respiratorios, pilotos, conductores y despachadores (13,14).

Prolongación o extensión de la Unidad de Cuidado Intermedio o Crítico: Conocimientos y Prácticas

Le corresponde, a quienes son responsables del paciente en la Institución que remite y al grupo de transporte aplicar desde la reanimación, la estabilización y el traslado hasta su llegada al centro requerido de acuerdo al grado de complejidad de la patología (9).

5 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

“El transporte de neonatos atendidos por transferencia en el hospital “Dr.Roberto Gilbert” incumplió las condiciones adecuadas de transporte en aproximadamente un 80% de los casos”

6 METODO

6.1 Justificación de la elección del método

Se escogió un estudio de tipo transversal ya que es el estudio más adecuado para evaluar métodos (Deawson, 2005). Este tipo de estudios ayudan a analizar los datos obtenidos de un grupo de personas en un momento determinado más que en un periodo dado. Están diseñados para determinar que está pasando, y en este sentido se quería establecer si existía asociación entre los índices. Además se escoge los sujetos y se obtiene la información en un breve periodo (Hernández, 2006).

6.2 Diseño de la investigación

6.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

Se incluyeron actividades de traslado de neonatos, que cumplieron con los siguientes *criterios de selección*:

- Criterios de inclusión
 - Atención en el periodo de estudio del 1 de enero a 31 de diciembre de 2009.
- Criterios de exclusión
 - Traslado previo a otra institución de salud desde el que fue remitido hasta su destino final
 - Falta de elementos que permitan clasificar el tipo de traslado.
 - Falta de elementos para establecer el pronóstico neonatal.
 - Falta de elementos para establecer la sobrevivencia neonatal.
 - Traslado a otro centro de atención después de llegado al hospital.

A partir de estos pacientes se escogieron por aleatorización

sistemática 100 casos. La sistematización se efectuó de la siguiente manera, se obtuvo la información de aquellos neonatos que llegaron al hospital en un día 3 o múltiplo de 3.

6.2.2 Técnica de recolección de la información

Cuando la llegada de un neonato a la institución fue informada, se procedió a tomar la hoja de control de la normativa ministerial y a verificar su cumplimiento en cada uno de los ítems.

Una vez efectuado este procedimiento se procedió a llenar el formulario, desarrollar la base de datos e iniciar las pruebas estadísticas, para su posterior análisis, interpretación y presentación.

6.2.3 Técnicas de análisis de la información

Para la descripción de los resultados del estudio se utilizaron frecuencias simples, porcentajes y promedios, considerando para estos valores una medida de dispersión de la media de 1 DE (Deawson, 2005).

- Para el análisis estadístico se utilizó la aplicación de análisis avanzado de Excel de Microsoft Office 2010 ®.

6.3 Variables

6.3.1 Operacionalización de variables

Variabes	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*Mantenimiento de la temperatura axilar	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*Mantener Temperatura Axilar	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*dextrosa	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica

Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*fuente de oxígeno	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*traslado se realiza en incubadora	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*incubadora de transporte neonatal	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*fonendoscopio	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*personal de salud capacitado en el manejo de RNS	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*soporte para venoclisis	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*equipo de microgotero	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*vigilar la oxigenación	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*Contar con los equipos e insumos básicos	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*el personal que transportará al RN así como los equipos	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*cada 10 minutos verificar	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*el personal que transporta debe dominar	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*catholones N 22	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*guantes estériles	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*ambú	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*equipo de aspiración	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*colocar sonda orogástrica	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica

Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*En el transporte deben intervenir mínimo	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*sonda orogástrica 5 Fr	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*fuente de luz	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*laringoscopia	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*equipo para medir	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*termómetro oral	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*insumos	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*tubos endotraqueales	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*jeringuillas de	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*alcohol	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*algodón	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*esparadrapo	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*solución salina	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*tiras reactivas	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*antialérgico	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*adrenalina	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*si el transporte se realiza con el método canguro	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*Mantener Temperatura Axilar	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*dextrosa	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
*fuente de oxígeno	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica

*traslado se realiza en incubadora	*Sí *No	*conformidad con la norma	*nominal Dicotómica
Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*Medio de transporte	*Institucional *Servicio de traslado de emergencia particular *Uso de servicio vehicular terrestre convencional.	*Origen del servicio	*nominal
*Edad gestacional al nacer	*Pretérmino *Término *Postérmino	*Semanas de gestación al nacer	*Nominal
*Edad neonatal	*0 a 24 horas *48 horas *Más de 48 horas	*Horas de vida	*cuantitativa continua
*Vía del parto	*Vaginal *Cesárea	*Lugar de extracción o salida del producto	*Nominal dicotómica
*Tipo de patología que ocasionó el transporte neonatal	*Congénita *Respiratoria *Neurológica *Infecciosa *Otra	*Fisiopatología	*Nominal politómica
*Hora del traslado	*8-16 *16-24 00-08	*Hora de traslado	*Cuantitativa discontinua
*Institución de procedencia	*Ministerio *Junta de beneficencia *IESS *Servicio de salud privado *Domicilio	*Procedencia	*Nominal
*Zona de procedencia	*Urbana *Urbano-Marginal *Marginal *Rural	*Ubicación geográfica	*Nominal
*Provincia de procedencia	*Guayas *Los Ríos *Manabí *El Oro *Esmeraldas+	*Ubicación Geopolítica	*Nominal

	*Cañar *Cotopaxi *Santo Domingo de los Tsachilas *Santa Elena		
Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable
*Estado del neonato	*Crítico *No crítico	*Características fisiopatológicas	*Nominal dicotómica
*Tipo de traslado	*Urgente *Programado	*Indicación	*Nominal dicotómica

Tabla 6-1: Matriz de operacionalización de variables

6.3.2 Definición de categorías y términos que se utilizarán en la investigación

- **Traslado neonatal:** conjunto de recursos humanos, técnicos y materiales, organizados por niveles de atención según complejidad, que permiten el traslado del neonato con problemas de adaptación neonatal u otro tipo de patología, asegurando su adecuada atención y teniendo como elementos fundamentales la comunicación, coordinación y control de calidad.
- **Traslado neonatal programado:** transporte de RN con estado precario (no urgente) que necesita consulta o un examen especializado fuera de su lugar de origen (ecografía, escáner, etc.).
- **Traslado Neonatal urgente:** Toda situación de falla respiratoria grave que no pueda ser controlada en la estructura de origen.
- **Traslado:** desde el punto de vista sanitario el traslado tiene un sentido mucho más amplio que un simple transporte, comprendiendo desde que se toma la decisión de éste, su valoración, la búsqueda de un hospital adecuado, el período de estabilización, el transporte propiamente dicho y la admisión en el centro receptor
- **Transporte:** es el desplazamiento del enfermo desde el centro emisor al receptor
- **Transporte primario:** cuando la emergencia se produce fuera de un

centro sanitario, transporte desde dicho lugar hasta el centro hospitalario más próximo capacitado para la asistencia de dicho paciente

- **Transporte secundario o interhospitalario:** transporte de enfermos de un centro hospitalario a otro
- **Transporte unidireccional:** el centro emisor realiza el transporte del recién nacido Transporte bidireccional: el centro receptor realiza el transporte
- **Transporte realizado por una unidad especializada independiente:** existe un equipo de personal, especializado en el transporte del recién nacido, con material y utillaje adecuado, capaz de solucionar cualquier problema que pueda presentarse
- **Transporte de retorno:** cuando el recién nacido que ha precisado un traslado a una unidad de cuidados intensivos (UCI), se devuelve al centro emisor una vez resuelta la enfermedad aguda que motivó su ingreso en UCI y antes del alta a su domicilio
- **Transporte crítico:** si existe un compromiso vital del recién nacido
- **Transporte no crítico:** si no existe compromiso vital del recién nacido

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La mayor parte de los casos de transporte neonatal fueron trasladados en un vehículo institucional (89%), y en menor proporción en un servicio de transporte de emergencia (Gráfico 7-1).

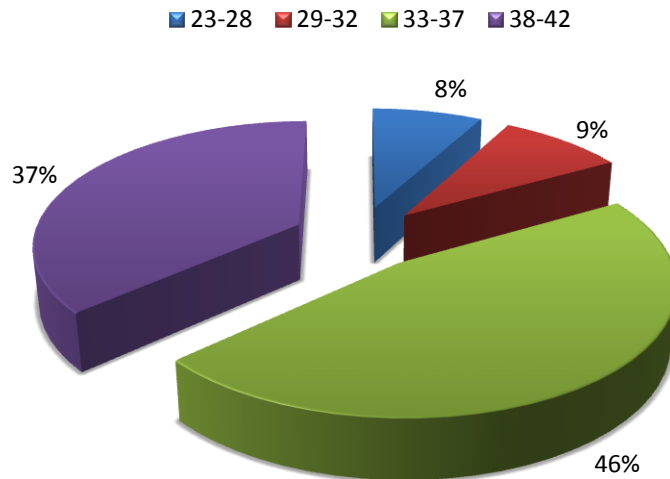
Gráfico 7-1: Distribución de los casos de transporte neonatal según medio de transporte



Fuente: Base de datos

Los neonatos que fueron transportados al hospital “Roberto Gilbert” generalmente eran productos pretérminos (63%), la mayoría nacidos a una edad de 33 a 37 semanas de embarazo (Gráfico 7-2)

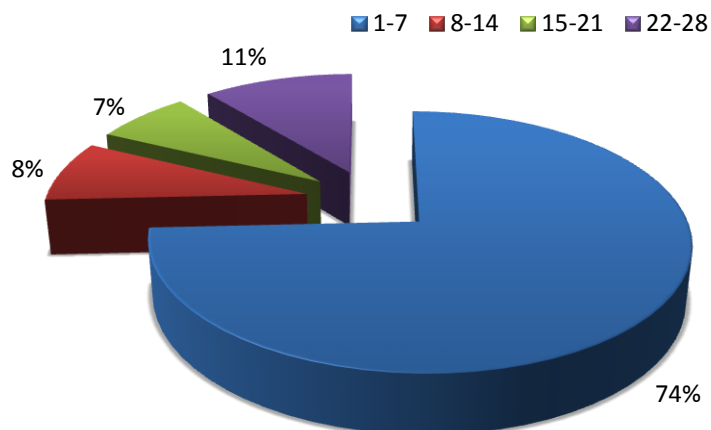
Gráfico 7-2: Distribución de los casos de transporte neonatal según edad gestación al nacer



Fuente: Base de datos

Generalmente los neonatos tenían de 1 a 7 días de vida al momento de ser transportados hacia el hospital (Gráfico 7-3)

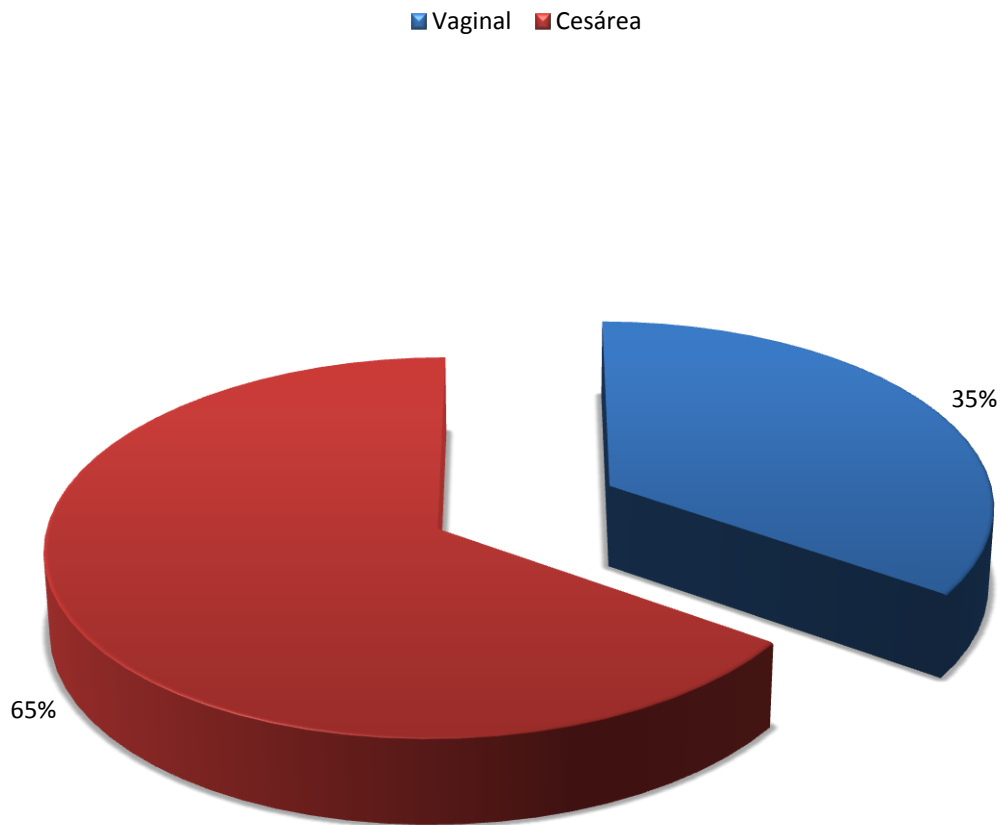
Gráfico 7-3: Distribución los casos de transporte neonatal según edad del neonato



Fuente: Base de datos

La mayoría de los neonatos transportados habían nacido por vía cesárea (65%). (Gráfico 7-4).

Gráfico 7-4: Distribución de los casos de transporte neonatal según vía del parto



Fuente: Base de datos

El motivo por el que frecuentemente los neonatos fueron transportados al hospital, era por el desarrollo de una patología respiratoria sumada a una infecciosa. (58,4%) (Tabla 7-1).

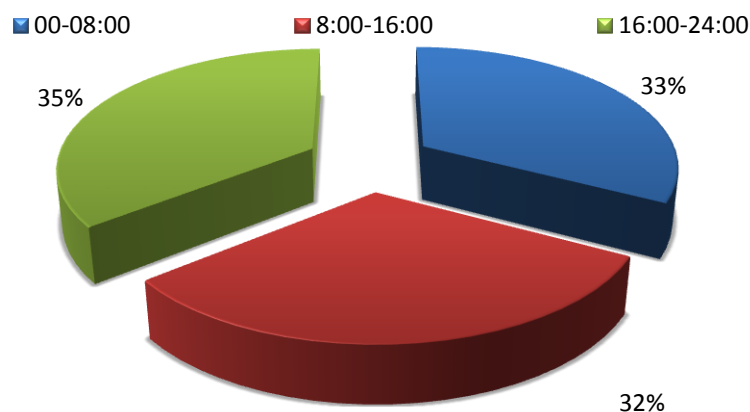
Tabla 7-1: Distribución de los casos de transporte neonatal según tipo de patología que ocasionó el transporte

Patología	f	%
Respiratoria + Infecciosa	59	58,4%
Respiratoria	8	7,9%
Respiratoria + Infecciosa + Otra	8	7,9%
Respiratoria + Neurológica	7	6,9%
Respiratoria + Congénita	3	3,0%
Respiratoria + Congénita + Infecciosa	3	3,0%
Respiratoria + Neurológica + Infecciosa	3	3,0%
Respiratoria + Otra	2	2,0%
Infecciosa	2	2,0%
Congénita + Infecciosa + Otra	1	1,0%
Infecciosa + Otra	1	1,0%
Neurológica + Metabólica	1	1,0%
Neurológica + Metabólica + Otra	1	1,0%
Respiratoria + Congénita + Infecciosa + Otro	1	1,0%
Respiratoria + Infecciosa + Metabólica	1	1,0%
Total	101	100,0%

Fuente: Base de datos

La hora a la que se realizaron la mayoría de los casos de transporte neonatal hacia el hospital, fue entre las 16 y las 24 horas (35%) (Gráfico 7-5).

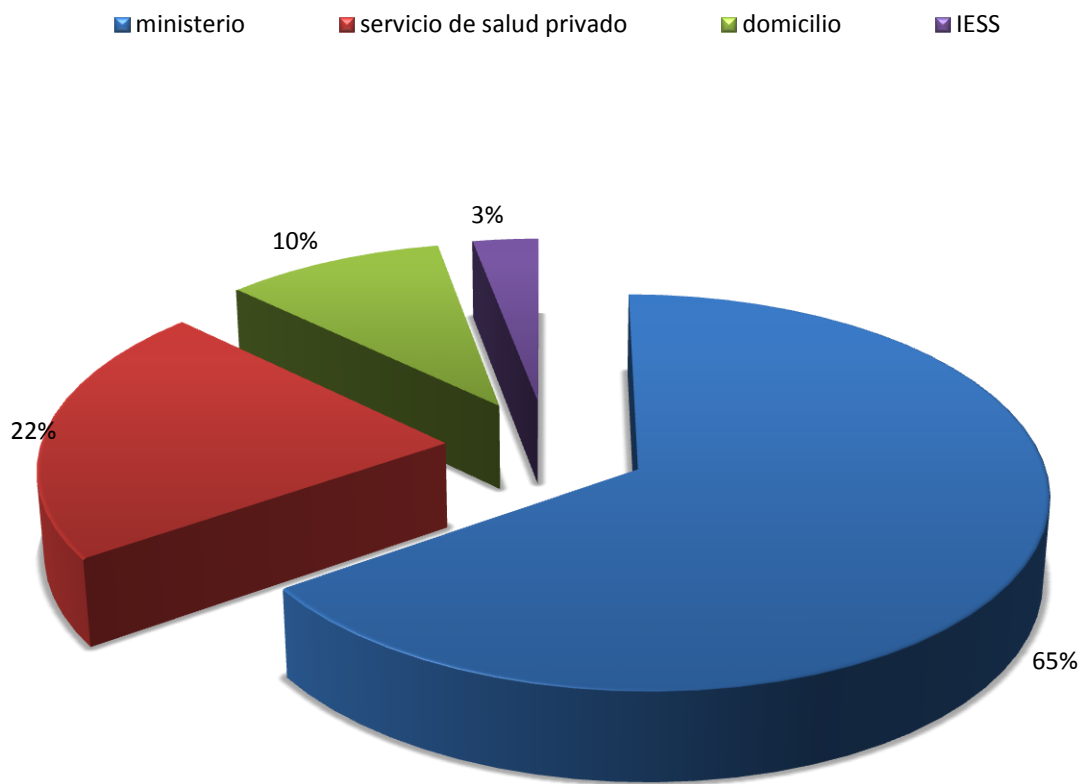
Gráfico 7-5: Distribución de los casos de transporte neonatal según hora del traslado



Fuente: Base de datos

La institución que aporta con el mayor número de transferencias neonatales es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el 65% de los casos y las instituciones de salud privada con el 22% de los pacientes (Gráfico 7-6)

Gráfico 7-6: Distribución de los casos de transporte neonatal según institución de procedencia



Fuente: Base de datos

En la provincia del Guayas, se produce el 51% de los casos de transporte neonatal. Los Ríos, también contribuye importantemente al aportar con el 29% de los casos (Tabla 7-3)

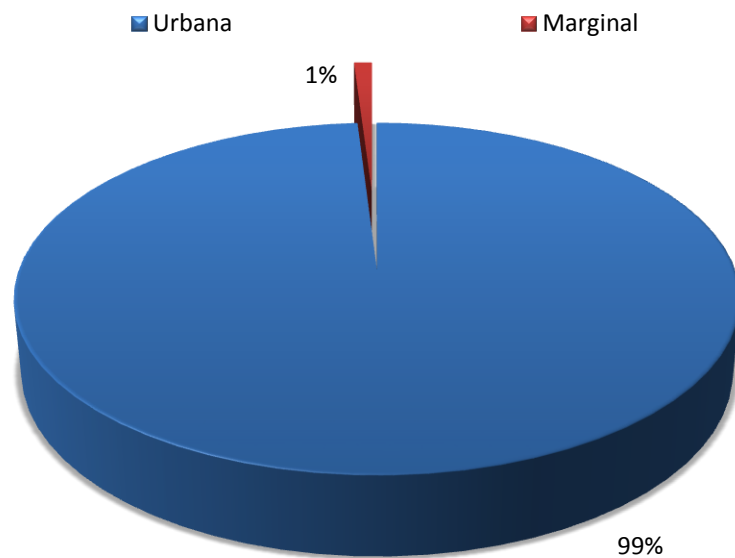
Tabla 7-2: Distribución de los casos de transporte neonatal según provincia de procedencia

Provincia	f	%
Guayas	52	51%
Los Ríos	29	29%
Manabí	6	6%
El Oro	5	5%
Esmeralda	4	4%
Cañar	1	1%
Cotopaxi	1	1%
Santo Domingo de los Tsáchila	1	1%
Santa Elena	1	1%
Bolívar	1	1%
Total	101	100%

Fuente: Base de datos

Por lo general, los neonatos transportados no proceden de zonas marginales, ya que el 99% de los traslados se efectúan desde zonas urbanas (Gráfico 7-7)

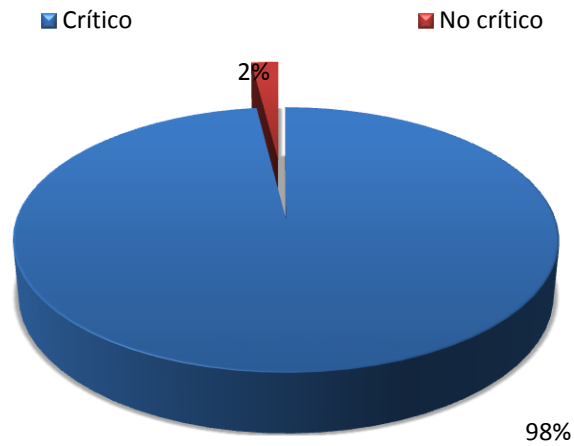
Gráfico 7-7: Distribución de los casos de transporte neonatal según zona de procedencia



Fuente: Base de datos

Los neonatos que fueron transportados se encontraban en la mayoría en estado crítico (98%) (Gráfico 7-8).

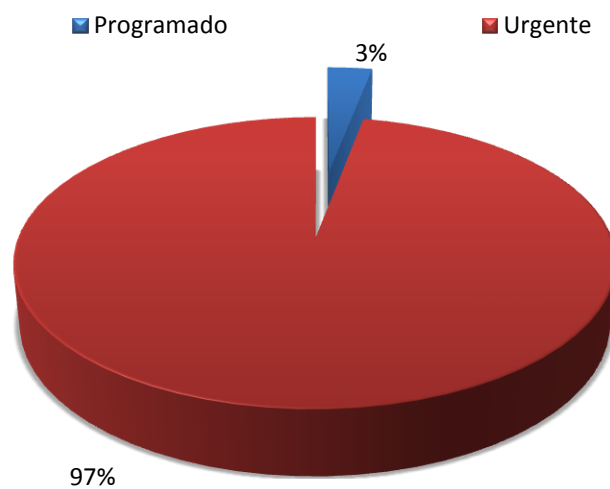
Gráfico 7-8: Distribución de los casos de transporte neonatal según estado del paciente



Fuente: Base de datos

El traslado de los neonatos fue urgente en el 97% de los casos (Gráfico 7-9).

Gráfico 7-9: Distribución de los casos de transporte neonatal según tipo de traslado



Fuente: Base de datos

Tabla 7-3: Distribución de los casos de transporte neonatal según cumplimiento de la norma

Norma	f	%
Mantener Temperatura Axilar	25	24,8%
dextrosa	25	24,8%
fuente de oxígeno	21	20,8%
traslado se realiza en incubadora	19	18,8%
incubadora de transporte neonatal	16	15,8%
fonendoscopio	13	12,9%
personal de salud capacitado en el manejo de RNS	11	10,9%
soporte para venoclisis	10	9,9%
equipo de microgotero	10	9,9%
vigilar la oxigenación	9	8,9%
Contar con los equipos e insumos básicos	9	8,9%
el personal que transportará al RN así como los equipos	9	8,9%
cada 10 minutos verificar	7	6,9%
el personal que transporta debe dominar	7	6,9%
catholones N 22	7	6,9%
guantes estériles	7	6,9%
ambú	6	5,9%
equipo de aspiración	6	5,9%
colocar sonda orogástrica	5	5,0%
En el transporte deben intervenir mínimo	5	5,0%
sonda orogástrica 5 Fr	5	5,0%
fuentes de luz	4	4,0%
laringoscopia	4	4,0%
equipo para medir	4	4,0%
termómetro oral	4	4,0%
insumos	4	4,0%
tubos endotraqueales	4	4,0%
jeringuillas de	4	4,0%
alcohol	4	4,0%
algodón	4	4,0%
esparadrapo	4	4,0%
solución salina	4	4,0%
tiras reactivas	3	3,0%
antialérgico	3	3,0%
adrenalina	3	3,0%
si el transporte se realiza con el método canguro	2	2,0%

Fuente: Base de datos

8 DISCUSION

En el estudio de Noone y cols, efectuado en Dublin (19) y que evaluó el Programa nacional de transporte neonatal en Irlanda entre 2004 y 2009 informó que la mayoría de los pacientes transportados habían nacido antes de las 32 semanas (55%). Esto difiere de los resultados que se acabaron de exponer donde la mayoría de los pacientes tuvieron una edad al nacer de entre 33 y 37 semanas. Esto también podría significar una alta mortalidad que tienen los productos de menos de 33 semanas en el lugar de nacimiento, lo que no permite que estos lleguen a una institución donde se pueda brindar adecuado soporte.

Un estudio presentado por Chance G. (4). sobre transportación de neonatos enfermos, mostró que la mayoría tenía menos de 1 semana de edad, lo que concuerda con el estudio presentado donde la mayoría de los niños trasladados tenían entre 1 y 7 días de nacidos.

La investigación que se acaba de realizar muestra que la mayoría de los pacientes trasladados eran pacientes con problemas respiratorios y varias complicaciones relacionados con el desarrollo de esta complicación. En el estudio de Mullane y cols., (17) efectuado en Irlanda en una muestra de 176 neonatos trasladados por el National Neonatal Transport Programme en 2001, la mayoría de los pacientes fueron transportados por un diagnóstico de hipotermia, hipoglucemia. Otro estudio efectuado en Noruega informó (12) que la mayoría de los pacientes transportados lo fueron por presentar problemas de tipo congénito y en segundo lugar los pacientes que presentaron problemas respiratorios

En un estudio efectuado por Meberg y Hansen (11), en Noruega para evaluar la calidad del transporte neonatal mostró que no se cumplieron normas técnicas en el 4% de los casos. Esta proporción está muy distante de lo presentado en este estudio, en donde ningún traslado cumplió con la norma ministerial. Otro estudio efectuado por Davis y cols en Inglaterra (6)

mostró que la mayoría de los traslados de neonatos se efectuaron apegados a la norma, especialmente por la existencia de personal capacitado y recursos.

9 CONCLUSIONES

El estudio señala que existe un incumplimiento de la norma ministerial para traslado neonatal ya que se contraviene en el 100% de los ítems, existiendo además un incumplimiento por ítem, superior al 75%.

Los ítems de mayor cumplimiento son: el mantenimiento de la temperatura axilar y la disponibilidad de solución de dextrosa. Se incumple generalmente con la disponibilidad de medicamentos de reanimación de emergencia.

En relación a estos resultados se puede recomendar lo siguiente:

- Realizar un estudio nacional para establecer el cumplimiento de la norma ministerial de transporte neonatal
- Realizar talleres de capacitación al personal de salud encargado del transporte neonatal
- Concientizar a las instituciones de salud sobre la necesidad de que el transporte neonatal se realice en condiciones adecuadas
- Realizar un estudio multicéntrico de cohorte para establecer el impacto del correcto transporte neonatal en la morbimortalidad de este grupo de pacientes
- Comunicar los resultados al personal de salud de la institución

10 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio cumplió con todas los lineamientos metodológicos, además de haberse efectuado una verificación de una normativa vigente, por lo que los datos son altamente confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Albavera C, Salazar C, Padilla X, Rebollaza K, Velasco M, Garibay F.. Complicaciones del recién nacido en el transporte neonatal y la participación de la enfermera. Rev Sanid. Mil.52(6):343-6 1998
2. Alcaldía De Medellín, Secretaría De Salud Colombia. Guía de traslado neonatal. 2007
3. Alvaro E, Castañón L. Transporte (Traslado) neonatal Bol Pediatr 46 (supl. 1):166-171. 2006.
4. Chance GW, GBrien MJ, Swyer PR. Transportation of sick neonatos 1972. An unsatisfactory aspect of medical care Canadian Asso Med J. 1972:109;847-51.
5. Comité De Estándares De La Sociedad Española De Neonatología. Recomendaciones para el transporte perinatal. An esp Pediatr 55:146-153. 2001
6. Davis PJ, Manktelow B, Bohin S, Field D. Paediatric trainees and the trnsportation of critically ill neonates: experience, training and confidencia. Acta Paediatr 2001;90)9=:1068-72.
7. Deawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 4ª ed. Edit Manual Moderno. México DF. p: 7-19. 2005
8. Hernández C, Fernandez H. Metodología de la investigación 4ª ed. Edit Mc GrawHill. México DF p: 23,34,56; 2006
9. Ibarra A. Traslado del Recién nacido. Neonatología. Disponible en. www.aibarra.org. (Actualizado 3 dic 2005; acceso 3 feb 2010)
10. Jiménez P. Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos pretérmino y término del hospital de niños "Roberto Gilbert Elizalde" Período de 2006 y 2007. Tesis Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2010
11. Meberg A, Hansen TW. Quality evaluation of neonatal transports. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;22;125(18):2474-6
12. Meberg A, solberg R, Finne PH. Transport from a subregional neonatal unit. Experiences from Vestfold Central Hospital During a n 11 year

- period 1982-92. Tidsskr Nor Laegeforen 1993;113(21):2675-80.
13. Morales I. Actualización: Transporte del ser humano en etapa fetal y neonatal. Actualizaciones Pediátricas. 13(1); 2003.
 14. Morales J. Estándares mínimos de calidad en el transporte neonatal en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Enero-Diciembre 2001. Tesis. UNMSM. 2002.
 15. MSP Del Ecuador, SNS, CONASA. Plan Nacional de Reducción acelerada de la mortalidad Materna y neonatal. p: 18 2010
 16. MSP Del Ecuador, SNS, CONSA. Componente Normativo Neonatal. p: 169-172. 2008
 17. Mullane D, Byrne H, Clarke TA, Gorman W, Griffin E, Ramesh K, Rohinath T. Neonatal Transportation: The effects of a National Neonatal Transportation programme. Ir J Med Sci 2004;1773(2):105-8
 18. Naranjo A. Factores pronóstico de resultado en cirugía reparadora de onfalocele y gastrosquisis. Hospital de Niños 'Dr. Roberto Gilbert Elizalde' 2006-2009. Tesis. Universidad de Guayaquil. p: 15. 2010
 19. Noone D, Bowden A, Twomey A. The National Neonatal Transport Programme (NNTP) 2004-2009). Ir Med J. 2011;104(8):232-4.
 20. Norell S. Diseño de estudios epidemiológicos. Siglo veintiuno editores. México DF p:57-60. 1994.
 21. Pedraz C. Mesa Redonda: Problemas actuales en neonatología. Bol Pediatr 43: 295-304. 2003
 22. Zúñiga M. Grado de cumplimiento de la norma ministerial sobre traslado neonatal en la Unidad de Neonatología del Hospital Dr. Sótero del Río, durante el período comprendido entre el 1 de febrero y el 7 de marzo del año 2001. Tesis. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2001

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de manejo del transporte neonatal según la norma Ministerial. (MSP et al. 2008).

- **Cuidados durante el transporte.**
 - Mantener temperatura axilar en 36.5°C – 37°C.
 - Si el traslado se realiza en incubadora, considerar las siguientes temperaturas, de acuerdo al peso del RN
 - Si el transporte se realiza con el método canguro, asegurar adecuada temperatura, cubrir adecuadamente la cabeza y mantener al RN en posición vertical.
 - Vigilar la oxigenación y mantener la saturación entre 88% y 92%. Si no se dispone de un oxímetro de pulso portátil controlar la presencia de cianosis central.
 - Colocar una sonda orogástrica ó una vía endovenosa periférica para administrar suficiente aporte calórico, si las condiciones del RN no le permiten alimentarse naturalmente. No dar sucedáneos de leche ni sueros glucosados, sólo leche materna exclusiva.
 - Cada 10 minutos verificar signos vitales, estado general del RN y presencia de signos de alarma.
- **Reanimación**
 - Contar con los equipos e insumos básicos necesarios para realizar reanimación durante el transporte (ver más adelante)
 - El personal que transporta al RN debe dominar las técnicas de reanimación neonatal.
- **Anticipación**
 - El personal que transportará al RN, así como los equipos e insumos deben estar preparados con suficiente antelación.

- **Recursos Humanos**

- Personal de salud capacitado en el manejo de RNs y con dominio en técnicas de reanimación neonatal.
- En el transporte deben intervenir mínimo dos personas capacitadas

- **Equipos**

- Incubadora de transporte neonatal portátil, caliente.

Peso (g)	T Incubadora
500-1499	34°C-36°C
1500-2499	32°C-34°C
2500 o más	30°C-33°C

- Fuente de oxígeno portátil
- Ambú con mascarillas de diferentes tamaños
- Fuente de luz (linterna grande con luz blanca)
- Equipo de aspiración portátil o pera de goma
- Fonendoscopio neonatal
- Laringoscopio con sus respectivas hojas
- Equipo para medir la glicemia
- Soporte para venoclisis
- Termómetro oral
- Insumos
- Tubos endotraqueales de diferentes tamaños
- Equipo de microgotero
- Cathlones N° 22 y 24.
- Jeringuillas de diferentes tamaños
- Tiras reactivas para medición de glucosa.
- Sonda orogástrica 5Fr y 8Fr
- Guantes estériles

- Alcohol al 70%
 - Algodón estéril
 - Esparadrapo antialérgico
 - Adrenalina ya diluida (1: 10 000) y rotulada
 - Solución salina normal (0.9%)
 - Dextrosa al 10%
- **Necesidad de información**
 - Comunicar a la madre y familia la necesidad de la referencia y solicitar el consentimiento para el efecto.
 - Coordinar con la unidad de referencia, vía telefónica o por radio la recepción del RN.
 - Informar los datos importantes del RN (antecedentes, diagnóstico, tratamiento y condición del RN) y el posible tiempo de arribo.
- **Seguridad**
 - Vigilar que los equipos funcionen correctamente. Esto incluye el adecuado estado del vehículo de transporte.
 - Contar con equipos de reserva; especialmente de la fuente de oxígeno.
- **Problemas potenciales.**
 - Tomar en cuenta las complicaciones o problemas que se pueden presentar en las siguientes patologías y las acciones inmediatas a tomarse:
- **Obligaciones éticas**
 - En todo momento, el personal a cargo del transporte es responsable de la seguridad del RN, de salvaguardar su intimidad y de resolver los problemas que se presentaren durante el traslado hasta el sitio de

referencia.

- La responsabilidad de la unidad que refiere termina únicamente cuando el personal a cargo del transporte deja el hospital de referencia, con el reporte del estado del RN al personal que lo recibe, y una vez completado su ingreso.
- De existir situaciones especiales, se sugiere explicar la situación a la familia y en acuerdo con ésta realizar el transporte a un centro de mayor complejidad, donde se decidirá las acciones a tomar.

- **Registros**

- Identificación del RN (manilla en mano o tobillo izquierdo) Copia del Formulario de Hospitalización Neonatal (Formulario 052). Se debe incluir los resultados de los exámenes disponibles y las radiografías, si se realizaron.
- Consentimiento informado por escrito en la Historia del RN.
- Registro en la copia del Formulario de Hospitalización Neonatal (Formulario 052) de las acciones realizadas durante el transporte.
- Anotar en todos los documentos con letra legible, la fecha, hora, nombre del responsable y firma.

- **Terapéutica**

Antes del traslado, administrar la medicación indicada en los capítulos correspondientes al manual del MSP; en especial los antibióticos

- **Estabilización**

Se considera un RN estable si cumple con las siguientes características:

- Vía aérea permeable y ventilación adecuada
- No se aprecian apneas

- Ausencia de cianosis central
 - Frecuencia cardiaca > 100 lpm
 - Temperatura axilar entre 36.5°C y 37°C
- **Contrarreferencia**
 - Una vez resuelta la causa que motivó la referencia, y si el RN aún requiere de seguimiento en el Nivel I u observación en el Nivel II, se realizará la debida contrarreferencia del nivel de mayor a menor complejidad.
 - Al momento del alta, se proporcionará por escrito la información detallada de los procedimientos realizados, diagnósticos definitivos y del estado del RN.
 - Se coordinará la recepción del RN en la unidad de menor complejidad y con los familiares.
 - Se utilizará como formulario de contrarreferencia a la copia del Formulario de Hospitalización Neonatal (Formulario 052).

Con estos datos y con la aceptación de la unidad de destino, se procederá al traslado del RN, con las normas anteriormente descritas.

Anexo 2: Formulario de recolección de información

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - ESCUELA DE GRADUADOS
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

**"GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA MINISTERIAL DE
TRASLADO DEL NEONATO TRANSFERIDO AL HOSPITAL 'ROBERTO
GILBERT'"**

Responsables: CMM

1 Formulario

2 Historia clínica: CI

3 Tipo de transporte: Institucional Servicio de traslado de emergencia
 Servicio vehicular terrestre convencional

4 Edad gestacional al nacer: semanas

5 Edad neonatal días

6 Tipo de patología neonatal Respiratoria Congénita
 Neurológica Infecciosa Metabólica otra

Cuál

7 Hora de traslado horas

8 Institución: Ministerio Junta de beneficencia IESS
 Servicio de salud privado Domicilio

9 ubicación de la institución de salud: Urbana Urbano-Marginal
 Marginal Rural

10 Procedencia: Ciudad
Provincia

11 Tipo de neonato crítico no crítico

12 Tipo de transporte Urgente Programado

13 Paso incumplido

<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados durante el transporte. 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener temperatura axilar en 36.5°C – 37°C. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si el traslado se realiza en incubadora, considerar las siguientes temperaturas, de acuerdo al peso del RN 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Si el transporte se realiza con el método canguro, asegurar adecuada temperatura, cubrir adecuadamente la cabeza y mantener al RN en posición vertical. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la oxigenación y mantener la saturación entre 88% y 92%. Si no se dispone de un oxímetro de pulso portátil controlar la presencia de cianosis central. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar una sonda orogástrica ó una vía endovenosa periférica para administrar suficiente aporte calórico, si las condiciones del RN no le permiten alimentarse naturalmente. No dar sucedáneos de leche ni sueros glucosados, sólo leche materna exclusiva. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Cada 10 minutos verificar signos vitales, estado general del RN y presencia de signos de alarma. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Reanimación 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con los equipos e insumos básicos necesarios para realizar reanimación durante el transporte (ver más adelante) 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • El personal que transporta al RN debe dominar las técnicas de reanimación neonatal. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Anticipación 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • El personal que transportará al RN, así como los equipos e insumos deben estar preparados con suficiente antelación. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado en el manejo de RNs y con dominio en técnicas de reanimación neonatal. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • En el transporte deben intervenir mínimo dos personas capacitadas 	<input checked="" type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> • Equipos 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Incubadora de transporte neonatal portátil, caliente. 		<input type="checkbox"/>
	Peso (g) T Incubadora 500-1499 34°C-36°C 1500-2499 32°C-34°C 2500 o más 30°C-33°C	
<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de oxígeno portátil 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Ambú con mascarillas de diferentes tamaños 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de luz (linterna grande con luz blanca) 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de aspiración portátil o pera de goma 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscopio neonatal 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Laringoscopio con sus respectivas hojas 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo para medir la glicemia 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Soporte para venoclisis 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro oral 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Insumos 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Tubos endotraqueales de diferentes tamaños 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de microgotero 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Cathlones N° 22 y 24. 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Jeringuillas de diferentes tamaños 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Tiras reactivas para medición de glucosa. 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Sonda orogástrica 5Fr y 8Fr 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Guantes estériles 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol al 70% 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Algodón estéril 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Esparadrapo antialérgico 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina ya diluida (1: 10 000) y rotulada 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Solución salina normal (0.9%) 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Dextrosa al 10% 		<input type="checkbox"/>

• Necesidad de información	<input type="checkbox"/>
• Comunicar a la madre y familia la necesidad de la referencia y solicitar el consentimiento para el efecto.	<input checked="" type="checkbox"/>
• Coordinar con la unidad de referencia, vía telefónica o por radio la recepción del RN.	<input checked="" type="checkbox"/>
• Informar los datos importantes del RN (antecedentes, diagnóstico, tratamiento y condición del RN) y el posible tiempo de arribo.	<input checked="" type="checkbox"/>
• Seguridad	<input type="checkbox"/>
• Vigilar que los equipos funcionen correctamente. Esto incluye el adecuado estado del vehículo de transporte.	<input checked="" type="checkbox"/>
• Contar con equipos de reserva; especialmente de la fuente de oxígeno.	<input checked="" type="checkbox"/>
• Problemas potenciales.	<input type="checkbox"/>
• Tomar en cuenta las complicaciones o problemas que se pueden presentar en las siguientes patologías y las acciones inmediatas a tomarse:	<input checked="" type="checkbox"/>
• Obligaciones éticas	<input type="checkbox"/>
• En todo momento, el personal a cargo del transporte es responsable de la seguridad del RN, de salvaguardar su intimidad y de resolver los problemas que se presentaren durante el traslado hasta el sitio de referencia.	<input checked="" type="checkbox"/>
• La responsabilidad de la unidad que refiere termina únicamente cuando el personal a cargo del transporte deja el hospital de referencia, con el reporte del estado del RN al personal que lo recibe, y una vez completado su ingreso.	<input checked="" type="checkbox"/>
• De existir situaciones especiales, se sugiere explicar la situación a la familia y en acuerdo con ésta realizar el transporte a un centro de mayor complejidad, donde se decidirá las acciones a tomar.	<input checked="" type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> • Registros 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del RN (manilla en mano o tobillo izquierdo) Copia del Formulario de Hospitalización Neonatal (Formulario 052). Se debe incluir los resultados de los exámenes disponibles y las radiografías, si se realizaron. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado por escrito en la Historia del RN. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Registro en la copia del Formulario de Hospitalización Neonatal (Formulario 052) de las acciones realizadas durante el transporte. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Anotar en todos los documentos con letra legible, la fecha, hora, nombre del responsable y firma. 	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapéutica <p>Antes del traslado, administrar la medicación indicada en los capítulos correspondientes al manual del MSP; en especial los antibióticos</p>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilización <p>Se considera un RN estable si cumple con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía aérea permeable y ventilación adecuada • No se aprecian apneas • Ausencia de cianosis central • Frecuencia cardíaca > 100 lpm • Temperatura axilar entre 36,5°C y 37°C 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Contrarreferencia <ul style="list-style-type: none"> • Una vez resuelta la causa que motivó la referencia, y si el RN aún requiere de seguimiento en el Nivel I u observación en el Nivel II, se realizará la debida contrarreferencia del nivel de mayor a menor complejidad. • Al momento del alta, se proporcionará por escrito la información detallada de los procedimientos realizados, diagnósticos definitivos y del estado del RN. • Se coordinará la recepción del RN en la unidad de menor complejidad y con los familiares. • Se utilizará como formulario de contrarreferencia a la copia del Formulario de Hospitalización Neonatal <p>Con estos datos y con la aceptación de la unidad de destino, se procederá al traslado del RN, con las normas anteriormente descritas</p>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3: Base de datos

Formulario	Nombre	Historia clínica	Tipo de transporte	Edad gestacional al nacer	Edad neonatal	Tipo de Patología Neonatal	Hora de Traslado	Institución	Ubicación de la institución	Provincia	Tipo de Neonato	Tipo de Transporte	Tipo de Parto
1	PZL	181492	I	35	28	R+C+I+O	10	M	U	T	C	U	C
2	RTN	350092	I	38	2	R+I	23	S	U	G	C	U	C
3	TBS	280092	I	37	16	R+C+I	22	I	U	G	C	U	V
4	MCJ	270091	I	37	3	R+I	17	M	U	M	C	U	C
5	PLB	230092	I	37	21	Infecciosa	21	M	U	G	C	U	C
6	TSJ	260092	I	36	1	R+I	12	M	U	LR	C	U	C
7	MVD	340092	I	38	10	R+I+O	22	M	U	G	C	U	C
8	BDR	330092	S	38	1	R+I	12	S	U	G	C	U	C
9	SSM	340092	I	38	1	R	14	S	U	E	C	U	C
10	VRJ	300091	S	38	4	R+I	10	S	U	G	C	U	C
11	SV	390092	S	39	1	R+I	4	S	U	LR	C	U	C
12	CDA	250092	I	37	4	R+I	23	S	U	G	C	U	C
13	CMC	250092	I	34	1	R+I	11	M	U	LR	C	U	V
14	BE	180092	I	32	1	R+C	10	M	U	G	C	U	C
15	PCE	260092	I	38	4	I+O	23	S	U	G	C	U	C
16	HPL	230092	I	36	1	R+I	22	M	U	LR	C	U	V
17	CCH	SN	I	23	1	R+I	10	M	U	LR	C	U	V
18	OBE	320092	I	36	1	R+I	7	M	U	LR	C	U	V
19	VAS	350092	I	39	1	R+C+I	4	M	U	G	C	U	C
20	VMM	200092	I	37	1	R+I+O	5	M	U	LR	C	U	V
21	SBG	250092	I	37	1	R+I	10	M	U	SE	C	U	C
22	RAJ	340092	I	38	1	R+I	23	I	U	LR	C	U	C
23	PC	270092	I	37	1	R+I	2	S	U	G	C	U	C
24	GMB	30515068	I	30	1	R+I	2	M	U	G	C	U	V
25	CR	30514791	S	38	28	R+I	1	D	U	G	C	U	C

Formulario	Nombre	Historia clinica	Tipo de transporte	Edad gestacional al nacer	Edad neonatal	Tipo de Patología Neonatal	Hora de Traslado	Institución	Ubicación de la institución	Provincia	Tipo de Neonato	Tipo de Transporte	Tipo de Parto
26	BLG	30515111	I	37	1	R+I	7	M	U	G	C	U	C
27	VSS	190092	I	33	16	R+I	12	D	U	G	C	U	V
28	AVR	30514953	I	37	20	R+C	10	M	U	E	C	U	C
29	ZJL	450092	I	39	20	R+O	7	D	U	G	C	U	C
30	MSJ	SN	S	38	17	R+I	19	M	U	G	C	U	C
31	CDC	30515269	I	34	11	R	8	M	M	MA	C	U	V
32	ZS	290091	I	35	1	R+N+I	17	M	U	LR	C	U	C
33	AVL	330092	I	38	2	R+I	24	S	U	MA	C	U	C
34	BQI	400092	I	39	1	R+I	12	M	U	ES	C	U	C
35	CLA	300092	I	38	2	R	23	S	U	G	C	U	C
36	AM	150092	I	35	1	C+I+O	4	M	U	G	C	U	C
37	AMM	200092	I	35	3	R+I	11	D	U	G	C	U	V
38	PJG	340091	I	38	1	R+I+O	13	S	U	G	C	U	C
39	COE	330092	I	38	1	R+I+O	10	S	U	G	C	U	C
40	VGJ	280091	I	36	2	R+I	5	M	U	LR	C	U	C
41	CRG	290091	I	36	1	R+I	8	M	U	LR	C	U	C
42	MRK	190092	I	35	3	R+O	23	M	U	LR	C	U	V
43	HPZ	240092	I	36	1	R+N+I	23	M	U	LR	C	U	V
44	ORD	818092	I	38	3	R+I	16	S	U	G	C	U	C
45	VMM	SN	I	36	1	R+I+O	9	M	U	LR	C	U	V
46	VAV	290092	I	37	1	R+I+O	6	M	U	B	C	U	V
47	MMM	310092	I	38	3	R+I	6	S	U	LR	C	U	C
48	VLD	100092	I	28	1	R+I	22	M	U	ES	C	U	C
49	AMM	200092	S	35	1	R+I	1	D	U	G	C	U	V
50	DIE	130092	I	32	1	R+I	11	M	U	G	C	U	C

Formulario	Nombre	Historia clinica	Tipo de transporte	Edad gestacional al nacer	Edad neonatal	Tipo de Patología Neonatal	Hora de Traslado	Institución	Ubicación de la institución	Provincia	Tipo de Neonato	Tipo de Transporte	Tipo de Parto
51	PMA	210092	I	37	1	R+I+O	22	M	U	G	C	U	C
52	SA	230092	I	36	1	R+I	11	M	U	MA	C	U	C
53	MJN	SN	I	26	1	R+I	10	M	U	LR	C	U	V
54	AVA	90092	I	28	2	R+I	13	M	U	LR	C	U	V
55	VSJ	290092	I	34	1	R+C+I	2	M	U	G	C	U	C
56	CMC	SN	I	34	1	R+I	11	S	U	LR	C	U	V
57	RBP	100092	I	30	1	R+N+I	17	M	U	LR	C	U	V
58	CDC	180092	I	34	1	R+I	18	M	U	G	C	U	C
59	SQG	300092	I	38	28	R+I	22	M	U	G	C	U	C
60	FSV	330092	I	37	2	R+I	14	M	U	G	C	U	C
61	VCI	300092	I	38	1	R+C	24	S	U	G	C	U	V
62	MVP	340092	I	38	10	R+I	18	M	U	G	C	U	C
63	RS	320092	I	39	11	R+I	12	M	U	M	C	U	C
64	MCJ	320092	I	37	3	R+I+M	7	D	U	G	C	U	V
65	TGA	260092	I	37	1	R+I	19	M	U	G	C	U	C
66	VCD	90092	I	28	1	R	8	M	U	LR	C	P	V
67	PYJ	260092	S	37	1	R+I	6	S	U	LR	C	U	C
68	MVM	85092	I	28	2	R+I	16	M	U	ES	C	U	V
69	PSS	250092	I	36	28	R+I	22	M	U	MA	C	U	C
70	QCV	240092	I	36	1	R+I	22	M	U	LR	C	U	V
71	ZJL	30515112	I	39	19	R+I	6	D	U	G	C	U	V
72	BG	30515294	I	30	23	R+I+O	5	M	U	E	C	U	V
73	MBE	290092	S	39	28	R+N	4	M	U	G	N	U	C
74	YMG	330092	I	36	11	R+I	14	M	U	LR	C	U	C
75	SGJ	250092	I	38	2	R+I	15	M	U	G	C	U	C

Formulario	Nombre	Historia clinica	Tipo de transporte	Edad gestacional al nacer	Edad neonatal	Tipo de Patología Neonatal	Hora de Traslado	Institución	Ubicación de la institución	Provincia	Tipo de Neonato	Tipo de Transporte	Tipo de Parto
76	GHL	260092	I	38	5	R+I	8	M	U	LR	C	U	C
77	GTA	250092	I	37	1	R+I	22	M	U	C	C	U	C
78	AGA	100092	I	32	1	R+N	7	M	U	LR	C	U	V
79	SBK	230092	I	23	1	R+I	7	S	U	G	C	U	C
80	CAA	160092	I	33	28	R+I	21	M	U	LR	C	U	C
81	TBS	100092	I	31	10	R+I	18	M	U	ES	C	U	V
82	GMB	120092	I	30	1	R+I	10	M	U	G	C	U	V
83	FST	310092	I	38	2	R+N	8	M	U	LR	C	U	C
84	CCN	200092	S	38	2	R+I	22	S	U	G	C	U	C
85	LB	360092	I	39	4	R+I	16	S	U	G	C	U	C
86	VC	250092	I	37	2	R+I	18	S	U	G	C	U	C
87	MAJ	450092	I	39	14	N+M+O	7	M	U	G	C	U	C
88	BCM	230092	S	39	5	N+M	5	D	U	G	C	U	C
89	RB	280092	I	37	2	R+N	22	M	U	G	C	U	C
90	LVM	280092	I	28	28	R+I	7	D	U	G	C	U	C
91	GON	142092	I	30	1	R+I	11	M	U	LR	C	U	V
92	GTD	390092	I	40	2	R+I	14	M	U	CO	C	U	V
93	PCJ	30515070	I	39	13	R	18	S	U	G	N	P	C
94	SQG	341092	I	39	28	R	9	M	U	G	C	P	V
95	SGJ	30515921	I	38	28	Infeciosa	2	M	U	G	C	U	C
96		30515284	I	37	2	R+N	2	I	U	MA	C	U	C
97		30514791	S	34	28	R+N	20	D	U	G	C	U	
98	ZSJ	30515595	I	35	1	R	3	M	U	LR	C	U	V
99		30515534	I	36	1	R	24	M	U	G	C	U	V
100	MCJ	30515130	I	39	3	R+N	23	M	U	G	C	U	C
101	BDJ	240092	I	36	6	R+I	17	M	U	MA	C	U	C

Formulario	Historia clinica	Mantener Temperatura Axilar	traslado se realiza en incubadora	si el transporte se realiza con el método canguro	vigilar la oxigenación	colocar sonda orogástrica	cada 10 minutos verificar	Contar con los equipos e insumos básicos	el personal que transporta la ren debe dominar	el personal que transportará Al RN ASI COMO LOS EQUIPOS	personal de salud capacitado en el manejo de RNS	En el transporte deben intervenir mínimo	incubadora de transporte neonatal	fuento de oxígeno	ambù	fuelle de luz	equipo de aspiración	fonendoscopio	Iaringoscopia
1	181492													1					
2	350092																		
3	280092	1	1		1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1
4	270091																		
5	230092																		
6	260092	1	1										1	1					
7	340092	1	1																
8	330092																		
9	340092																		
10	300091																		
11	390092																		
12	250092																		
13	250092																		
14	180092	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	260092																		
16	230092																		
17	SN																		
18	320092																		
19	350092																		
20	200092	1	1										1	1					
21	250092	1	1										1	1					
22	340092																		
23	270092																		
24	30515068																		
25	30514791																		

Formulario	Historia clinica	Mantener Temperatura Axilar	traslado se realiza en incubadora	si el transporte se realiza con el método canguro	vigilar la oxigenación	colocar sonda orogástrica	cada 10 minutos verificar	Contar con los equipos e insumos básicos	el personal que transporta la ren debe dominar	el personal que transportará Al RN ASI COMO LOS EQUIPOS	personal de salud capacitado en el manejo de RNS	En el transporte deben intervenir mínimo	incubadora de transporte neonatal	fuento de oxígeno	ambù	fuelle de luz	equipo de aspiración	fonendoscopiao	Iaringoscopia
26	30515111																		
27	190092																		
28	30514953																		
29	450092																		
30	SN																		
31	30515269																		
32	290091																		
33	330092	1	1																
34	400092	1	1										1	1				1	
35	300092																		
36	150092																		
37	200092																		
38	340091																		
39	330092	1	1		1		1						1	1	1			1	
40	280091	1	1										1	1					
41	290091		1															1	
42	190092		1																
43	240092			1									1	1				1	
44	818092	1	1										1	1				1	
45	SN																		
46	290092	1	1		1	1							1	1				1	
47	310092	1	1										1	1			1		
48	100092	1	1										1	1				1	
49	200092																		
50	130092																		

Formulario	Historia clinica	Mantener Temperatura Axilar	traslado se realiza en incubadora	si el transporte se realiza con el método canguro	vigilar la oxigenación	colocar sonda orogástrica	cada 10 minutos verificar	Contar con los equipos e insumos básicos	el personal que transporta la ren debe dominar	el personal que transportará Al RN ASI COMO LOS EQUIPOS	personal de salud capacitado en el manejo de RNS	En el transporte deben intervenir mínimo	incubadora de transporte neonatal	fuento de oxígeno	ambù	fuente de luz	equipo de aspiración	fonendoscopio	laringoscopia
51	210092																		
52	230092																		
53	SN																		
54	90092																		
55	290092	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	SN																		
57	100092																		
58	180092																		
59	300092																		
60	330092																		
61	300092																		
62	340092																		
63	320092																		
64	320092																		
65	260092																		
66	90092																		
67	260092																		
68	85092																		
69	250092																		
70	240092																		
71	30515112	1						1	1	1	1	1							
72	30515294	1			1			1	1		1	1		1	1			1	
73	290092																		
74	330092																		
75	250092																		

	Formulario																			
	Historia clinica	Mantener Temperatura Axilar	traslado se realiza en incubadora	si el transporte se realiza con el método canguro	vigilar la oxigenación	colocar sonda orogástrica	cada 10 minutos verificar	Contar con los equipos e insumos básicos	el personal que transporta la ren debe dominar	el personal que transportará Al RN ASI COMO LOS EQUIPOS	personal de salud capacitado en el manejo de RNS	En el transporte deben intervenir mínimo	incubadora de transporte neonatal	fuento de oxígeno	ambú	fuelle de luz	equipo de aspiración	fonendoscopio	laringoscopia	
76	260092																			
77	250092																			
78	100092																			
79	230092																			
80	160092																			
81	100092																			
82	120092																			
83	310092																			
84	200092																			
85	360092																			
86	250092																			
87	450092																			
88	230092																			
89	280092	1	1																	
90	280092																			
91	142092																			
92	390092	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1
93	30515070																			
94	341092	1						1			1									
95	30515921	1			1		1			1	1		1	1			1			
96	30515284	1			1					1	1			1						
97	30514791																			
98	30515595	1					1	1		1	1	1	1	1						
99	30515534	1																		
100	30515130	1						1	1	1	1			1				1		
101	240092																			

Formulario	Historia clínica	equipo para medir	soprote para venocllsis	termòmetro oral	insumos	tubos endotraqueales	equipo de microgotero	catholones N 22	jeringuillas de	tiras reactivas	sonda orogàstrica 5 Fr	guantes estèriles	alcohol	algodòn	esparadrapo	antialèrgico	adrenalina	solucìon salina	dextrosa	
1	181492																			1
2	350092																			
3	280092		1		1	1	1	1	1			1	1	1	1					1
4	270091																			
5	230092																			
6	260092																			1
7	340092																			1
8	330092																			1
9	340092																			1
10	300091																			
11	390092																			
12	250092																			
13	250092																			
14	180092	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	260092																			
16	230092																			
17	SN																			
18	320092																			
19	350092																			
20	200092																			
21	250092																			
22	340092																			
23	270092																			
24	30515068																			
25	30514791																			

Formulario	Historia clínica	equipo para medir	soprote para venoclisis	termómetro oral	insumos	tubos endotraqueales	equipo de microgotero	catholones N 22	jeringuillas de	tiras reactivas	sonda orogástrica 5 Fr	guantes estériles	alcohol	algodón	esparadrapo	antialérgico	adrenalina	solución salina	dextrosa	
26	30515111																			
27	190092																			
28	30514953																			
29	450092																			
30	SN																			
31	30515269																			
32	290091																			
33	330092																			
34	400092																			1
35	300092																			1
36	150092																			
37	200092																			
38	340091																			
39	330092																			1
40	280091																			1
41	290091																			1
42	190092		1																	1
43	240092																			1
44	818092		1				1	1												1
45	SN																			
46	290092	1					1													1
47	310092		1				1	1												1
48	100092																			1
49	200092																			
50	130092																			

Formulario	Historia clínica	equipo para medir	sopORTE para venoclisis	termómetro oral	insumos	tubos endotraqueales	equipo de microgotero	catholones N 22	jeringuillas de	tiras reactivas	sonda orogástrica 5 Fr	guantes estériles	alcohol	algodón	esparadrapo	antialérgico	adrenalina	solución salina	dextrosa	
51	210092																			
52	230092																			
53	SN																			
54	90092																			
55	290092	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	SN																			
57	100092																			
58	180092																			
59	300092																			
60	330092																			
61	300092																			
62	340092																			
63	320092																			
64	320092																			
65	260092																			
66	90092																			
67	260092																			
68	85092																			
69	250092																			
70	240092																			
71	30515112			1			1					1								1
72	30515294		1									1								1
73	290092																			
74	330092																			
75	250092																			

Formulario	Historia clinica	equipo para medir	soporte para venocllisis	termómetro oral	insumos	tubos endotraqueales	equipo de microgotero	catholones N 22	jeringuillas de	tiras reactivas	sonda orogástrica 5 Fr	guantes estériles	alcohol	algodón	esparadrapo	antialérgico	adrenalina	solución salina	dextrosa	
76	260092																			
77	250092																			
78	100092																			
79	230092																			
80	160092																			
81	100092																			
82	120092																			
83	310092																			
84	200092																			
85	360092																			
86	250092																			
87	450092																			
88	230092																			
89	280092																			
90	280092																			
91	142092																			
92	390092	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
93	30515070																			
94	341092																			
95	30515921						1	1			1									1
96	30515284																			
97	30514791																			
98	30515595		1									1						1		1
99	30515534																			
100	30515130		1				1				1									1
101	240092																			