



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
MERIDA ESTADO MERIDA**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO
NEONATAL INTERHOSPITALARIO IAHULA MÉRIDA. PERÍODO
OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020.**

www.bdigital.ula.ve

Autores (as)

Salas A. Marielisa
C.I: 24.349.871
Suarez S. Yusney K.
C.I: 23.726.657

Tutor

Prof. Maraliz Roso.
C.I: 15.296.959

Mérida, marzo de 2020.



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
MERIDA ESTADO MERIDA**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO
NEONATAL INTERHOSPITALARIO IAHULA MÉRIDA. PERÍODO
OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020.**

Trabajo de Grado como requisito para optar al Título de Licenciado en Enfermería

Autores (as)

Salas A. Marielisa
C.I: 24.349.871
Suarez S. Yusney K.
C.I: 23.726.657

Tutor

Prof. Maraliz Roso.
C.I: 15.296.959

Mérida, marzo 2020.

PAGINA DE APROBACIÓN

JURADO PRINCIPAL:

FIRMA: _____

Nombre: _____

C.I.: _____

JURADO PRINCIPA:

FIRMA: _____

Nombre: _____

C.I.: _____

www.bdigital.ula.ve

JURADO PRINCIPAL:

Firma: _____

Nombre: _____

C.I.: _____

FECHA DE APROBACION:

DIA _____

MES _____

AÑO _____

DEDICATORIA

A Dios porque sin él nada es posible.

A nuestros padres por su cariño, amor, comprensión, sacrificio y apoyo incondicional durante este trayecto.

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron al logro nuestra anhelada meta.

Marielisa y Yusney
www.bdigital.ula.ve

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la virgen por iluminarnos en el camino y por las infinitas bendiciones para con nosotras.

A nuestros amados padres por ser el pilar fundamental de nuestras vidas, por acompañarnos siempre y guiarnos en nuestros pasos y a los miembros de nuestras familias por el apoyo incondicional.

Al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes por abrirnos sus puertas y ser nuestra segunda casa de estudio, por formarnos de manera integral, profesional y humana.

A la Ilustre Universidad de Los Andes, en especial a la Escuela de Enfermería y los profesores que allí hacen vida que fueron nuestros mentores a lo largo de estos años, gracias por la educación, por la dedicación, el compromiso y la entrega.

A nuestra tutora, por brindarnos su tiempo, conocimientos y guiarnos hacia el logro de esta meta.

Gracias infinitas...

Marielisa y Yusney

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos de la Investigación	9
Justificación de la Investigación	10
Alcances y Limitaciones	11
Limitaciones.....	11
Consideraciones Éticas.....	12
CAPITULO II	14
MARCO TEÓRICO	14
Antecedentes de la Investigación	14
Bases Teóricas.....	20
Bases Legales	26
Definición de términos básicos	29
Sistema de Variable.....	29
Operacionalización de la Variable	31
CAPÍTULO III	32
MARCO METODOLÓGICO	32
Enfoque de la Investigación	32
Tipo de Investigación	32
Diseño de Investigación	34
Población y Muestra	34

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	35
Validez del Instrumento	36
Técnica de Procesamiento y análisis de datos.	36
CAPÍTULO IV.....	38
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	38
CAPÍTULO V	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
Conclusiones	54
Recomendaciones.....	55
CAPÍTULO VI.....	56
PROPUESTA.....	56
Anexos.....	17
Referencias Bibliográficas	57
Anexos	57

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Revisión sistemática de la literatura sobre protocolos en el traslado neonatal	38
Tabla 2. Datos laborales de los especialistas en el área	40
Tabla 3. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA- Mérida	42
Tabla 4. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA- Mérida.	46
Tabla 5. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA- Mérida	47
Tabla 6. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA- Mérida	49
Tabla 7. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA- Mérida	51
Tabla 8. Validación de la apariencia y contenido del protocolo de traslado neonatal interhospitalario IAHULA-Mérida	52



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO
NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA - MÉRIDA. OCTUBRE 2019
- FEBRERO 2020.**

Autoras: Salas A. Marielisa
C.I: 24.349.871
Suarez S. Yusney K.
C.I: 23.726.657

Tutor: Maraliz Roso
Año: Marzo, .2020.

RESUMEN

El traslado neonatal interhospitalario es un sistema organizado para trasladar al neonato a una unidad especializada de un centro de mayor complejidad para que pueda recibir atención y cuidados especializados. En tal sentido, el Objetivo General de este estudio es Proponer un protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario, IAHULA - Mérida. Entre los meses octubre 2019 - febrero 2020. Se enmarcó en una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo proyectiva y con un diseño transversal y de campo (no experimental). La población objeto de estudio está conformada por 64 profesionales de salud que laboran en el servicio de neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño” del IAHULA, Sala Materna Ejido y Hospital II El Vigía, con una muestra de 8 expertos a quienes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario validado bajo juicio de expertos. Obteniendo como resultado una revisión sistemática de 15 literaturas, donde el 40% fueron manuales creados por organizaciones, libros, documentos, artículos y guías, con carácter de validación de un 20%. Posteriormente, se elaboró el Protocolo en base a 3 literaturas anexas en la matriz de categorías. Así mismo, las características laborales evidencian que el 75% de la muestra es mayor de 40 años, el 50% tiene especialización, 50% tiene más de 15 años de experiencia en el área, 75% ha realizado traslados y 87,5% ha aplicado algún protocolo de traslado. Los ítems del protocolo fueron considerados Excelente por el 84.8% de los expertos y la evaluación de la apariencia y el contenido del protocolo, arrojan un 85,7% en la categoría Excelente. Concluyendo que el protocolo es válido en su contenido y apariencia, de manera que es aplicable para las instituciones de menor y mayor complejidad.

Palabras Claves: Traslado, Neonato, Interhospitalario, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Para que un recién nacido sea transportado independientemente de la causa, el centro de salud debe contar con un protocolo de transporte interhospitalario según las características que presenten las instituciones de salud, mantener una continua capacitación, actualización y evaluación de las etapas y de cómo se realiza cada traslado por parte del equipo de salud, de ello dependerá el prestigio institucional.

Actualmente los profesionales de la salud han venido ejecutando los traslados unos con éxito porque cuentan con los indicadores de estructura necesarios, sin embargo, no escapa de presentar ciertos riesgos a la hora de su ejecución ya que algunos traslados no son efectivos por las distancias, falta de recursos, capacitación del personal y entrega y recibo del neonato de un centro de salud a otro, minutos cruciales para la vida del paciente. El profesional de enfermería juega un papel indispensable, ya que es considerado como el miembro del equipo de salud que debe evaluar cada una de las fases (Preparación del traslado, estabilización in situ, transferencia al vehículo de traslado, entrega del paciente y retorno a la operatividad del equipo de transporte) puesto que éste debe poseer un conjunto de conocimientos con pensamiento analítico y crítico para emplear el método científico en la práctica, convirtiéndolo así en la figura responsable.

Si bien es cierto lo antes expuesto, para el personal de enfermería se hace necesario contar con una guía que le permita seguir rigurosamente cada paso de la misma y así poder controlar, detectar y solucionar cualquier anomalía o eventualidad que pueda presentarse durante el proceso. Esto nos lleva a la definición de lo que hoy se conoce como protocolos de salud, que son nada menos que un sistema que expone un conjunto de pasos en forma clara y ordenada para llevar a cabo una determinada actividad con la finalidad de evitar confusión, reducir esfuerzos y aumentar la productividad en el desempeño laboral.

En este mismo orden de ideas, se hace necesario proponer un Protocolo de Actuación de Enfermería para el traslado neonatal interhospitalario, con la finalidad de que sea aplicado los centros de salud de menor complejidad, normado por el ente receptor, todo ello para garantizar a los pacientes un cuidado de calidad a través de una correcta ejecución del procedimiento.

Cabe destacar, que el estado Mérida se caracteriza por contar con una sola Unidad de Alto Riesgo Neonatal (UARN) de asistencia pública, ubicado en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), principal centro de referencia del estado para los neonatos que ameritan atención especializada, que han nacido en centros de salud de menor complejidad que no cuentan con UCIN. Cada institución realiza los traslados interhospitalarios de acuerdo a los recursos que cuenta, pero a través de la investigación surge la oportunidad de generar conocimiento y optimizar esta actividad a través de un lineamiento normado por las instituciones, gracias a las categorías de distintos protocolos propuestos por Ministerio Poder Popular para la Salud Venezuela, España y el Ministerio de Salud Argentina.

Dicha investigación será estructurada de la siguiente manera: El Capítulo I, comprende el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos planteados en la investigación, la justificación, alcances y limitaciones, línea de investigación y consideraciones éticas.

En el Capítulo II, Marco Teórico abarcará los antecedentes de la investigación, bases teóricas y legales, definición de términos que sustentan la investigación, así como también el sistema de variable y la operacionalización de la misma. El Capítulo III titulado Marco Metodológico se presenta tipo y diseño del estudio, población, muestra y el muestreo, los instrumentos propuestos para la recolección de la información, validez de los mismos, procesamiento de los resultados y el análisis de

datos obtenidos. El Capítulo IV se encuentra la presentación y análisis de resultados. El Capítulo V se desarrollan las conclusiones y recomendaciones. Capítulo VI la propuesta del protocolo. Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El traslado neonatal es aquel proceso que se realiza para desplazar a todo paciente con una edad cronológica menor a 28 días, y que posee características especiales. Debido a su complejidad, requiere de una buena organización en el sistema de traslado que implique comunicación, personal capacitado, equipos e insumos necesarios para llevarlo a cabo con éxito. Idealmente el traslado de los neonatos debería ser realizado por el equipo de salud y debe además estar vinculado a los servicios críticos neonatales.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019) en el documento Tendencias de la Salud en las Américas, la tasa de mortalidad neonatal notificada por 1.000 nacidos vivos en la Región de las Américas para el año 2018 fue de 7,7 y en Venezuela fue de 11,1 por 1.000 nacidos vivos (p.15), considerando que los principales factores de riesgo son el inadecuado control prenatal y la calidad del sistema de salud en nuestro país. De allí que en este grupo de edad sea fundamental brindar la mejor atención en salud, diagnóstico y tratamiento oportuno pues de estos depende la morbi-mortalidad infantil, en este sentido si las condiciones de salud de un neonato se convierten en emergencia se debe garantizar la calidad de atención al neonato, lo que incluye un traslado neonatal brindando las mejores condiciones para que pueda ser atendido posteriormente por especialistas en un tercer nivel de atención.

Sin embargo, un traslado ineficaz trae como consecuencia complicaciones neonatales e incluso muertes. Esto lo señala Niermeyer y Domek, (2016) quienes

indican que “Las tasas de mortalidad comunicadas para los recién nacidos trasladados entre centros fueron excepcionalmente elevadas en varios informes” (p.19).

En este orden de ideas, el Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio se enfocan en el bienestar de la mujer y del niño, con lo cual podrían salvarse cada año si se invierte en salud y se realiza una atención de calidad y calidez en las etapas críticas de la vida como son el embarazo, el nacimiento, el parto y los 1000 primeros días de vida y con esto disminuir las muertes neonatales y maternas. Así mismo establece que la mortalidad en el período neonatal representa más del 40% de las muertes en menores de 5 años a nivel mundial (Naciones Unidas, 2013).

Venezuela por su parte, en la semana epidemiológica nro. 52 notificó 141 muertes en menores de 1 año, que, al distribuirlas por componentes, la mortalidad neonatal (0 a 27 días) concentra el 68,08% del total de las muertes infantiles siendo, sepsis neonatal, neumonía, enfermedad de membrana hialina y prematuridad las causas más frecuentes (Dirección de Vigilancia Epidemiológica MPPS, 2016, p.32). Y es precisamente por causa de estas patologías que los neonatos requieren de un traslado a centros de tercer nivel, es decir, cuando estos nacen en un establecimiento de menor complejidad, con menor capacidad resolutoria y ameritan asistencia de atención especializada en cuidados intensivos neonatales.

En este sentido, Niermeyer y Domek (2016) explican que en varios estudios se documentó un elevado porcentaje de transportes realizados por los familiares y una escasa proporción de transportes realizados por personal capacitado con vehículos de transporte bien equipados y comunicación adecuada entorno al transporte” (p.19). De manera análoga, en el traslado neonatal es relativamente frecuente la incidencia de eventos desfavorables, Barry y Ralston (1994) indican en su estudio que “75% de los niños tuvieron eventos clínicos adversos y en 13% el evento fue mortal.” (p. 8) siendo algunos eventos prevenibles y a su vez realizado por personal inexperto con equipos en mal funcionamiento o inadecuados para tal gestión.

Así pues, es preciso señalar que el marco conceptual del documento Transporte neonatal en el entorno de los países en desarrollo, habla sobre las fases de demora que afectan el transporte y la llegada a tiempo a una unidad especializada de neonatología, constituyendo uno de los principales factores contribuyentes a la mortalidad neonatal, allí Niermeyer y Domek (2016) establecen que:

Las cuestiones relativas a la fase III “son la morbilidad asociada a la falta de comunicación antes de llegar al centro médico o en el momento de la llegada y la morbilidad asociada al transporte de los recién nacidos dentro del propio centro para efectuar procedimientos diagnósticos o quirúrgicos” (p.10).

De allí que la comunicación apropiada entre los hospitales ante el traslado sea fundamental, se puede solicitar asesorías en cuanto a procedimientos, medicamentos, dosis, según la patología que presente el neonato, si es urgencia, emergencia o terapéutico, las valoraciones iniciales y posteriores y la estabilización y preparación del paciente para el traslado.

Gracias al desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos más asequibles, junto a la incorporación de nuevas tecnologías, materiales, hacen que el transporte interhospitalario se convierta progresivamente en un procedimiento cada vez más seguro y con menor repercusión para el paciente, debido a los beneficios que de este se derivan, cada vez con más frecuencia encontramos a este tipo de procedimientos integrados como una práctica habitual en la dinámica de las unidades clínicas. El aumento de la frecuencia con la que se opta por este tipo de transporte justifica sobradamente la necesidad de analizar metódicamente este procedimiento y unificar criterios al respecto (Martínez, López, Rodríguez, De La Torre, 2011)

En este sentido, Morillo, Thio , Alarcon, y Esqué (2008) señalan que “El personal debe tener conocimientos específicos sobre el recién nacido crítico y estar entrenado en reanimación y estabilización neonatal, además de conocer el funcionamiento del material de transporte” (p.12). Así mismo, Cassali, Brianso, y Salas (1998) indican que “Alrededor del 10% de los recién nacidos requieren alguna forma de

reanimación, porcentaje que aumenta en recién nacidos prematuros y con bajo peso” (p.15), por tal motivo el traslado neonatal requiere entonces de personal que conozca las técnicas y maniobras necesarias que le permitan reconocer cualquier acontecimiento inesperado.

En tanto, el profesional de enfermería como parte integrante del equipo de salud, ejerce un papel fundamental en su función asistencial pues se encarga de la atención directa, aplicando cuidados de enfermería y garantizando la aplicación correcta de técnicas y procedimientos en la atención del neonato antes, durante y después del traslado para conservar o recuperar la salud; así mismo cumple la función administrativa pues debe mantener el inventario de los materiales, equipos e insumos del centro de salud, conocer los protocolos en casos de que se presente la emergencia con el neonato, coordinar junto con el equipo de guardia función dependiente en cuanto a procedimientos y administración de tratamiento y finalmente coordinar el traslado con el equipo paramédico con una comunicación asertiva y a la par informar al centro receptor del traslado.

Sin embargo, en el estado Mérida las estadísticas demuestran que cada vez existe mayor número de traslados en neonatos que nacen con menor edad gestacional, el manejo integral de los neonatos es cada vez más complejo y por este motivo, no todos los centros de salud tienen la capacidad de brindar atención médica especializada. Los traslados se realizan siguiendo el conocimiento profesional, pero no con un protocolo que regule esta actividad. En consecuencia, los traslados desde los centros de salud de menor nivel se realizan con dificultades, sin el equipo necesario y sin el recurso humano adecuado.

En este mismo sentido, el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) es un hospital tipo IV que atiende a usuarios de diferentes zonas del estado, por lo que la afluencia de población a dicho recinto es significativa y esto incluye también a neonatos, pues allí se encuentra la única Unidad de Alto Riesgo

Neonatal (UARN) que tiene el estado Mérida. Esta unidad está adscrita al servicio de Neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño” y tiene capacidad para atender a 28 neonatos, con profesionales especializados en el área.

Según el departamento de estadísticas del IAHULA en el último semestre del año 2019, se reportan un total de 100 neonatos ingresados de trasladados desde diferentes sectores cuyos centros hospitalarios son de menor nivel en donde no existe la disponibilidad de medios técnicos y personal experto para el manejo adecuado de estos pacientes cuyas las principales causas del traslado son: dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis bacteriana, fiebre de origen desconocido e ictericia neonatal. (Registros de Salud Pediatría IAHULA, 2019).

Actualmente en los traslados que ingresan al servicio de neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño” del IAHULA, además de una causa patológica de base, nos encontramos con un neonato que está siendo sometido a un estrés fisiológico secundario a fenómenos atribuidos al medio extra hospitalario que pueden superar la capacidad compensatoria del neonato y generar inestabilidad autonómica, hipoxia, dolor o aumento de los requerimientos de oxígeno, llevando a un deterioro del estado clínico del paciente. Aunado a esto, ocurren demoras en la atención recibida una vez que el recién nacido ha llegado al centro médico adecuado, debido a carencias de personal, de equipamiento o de gestión del centro, así mismo los medios de transporte actualmente son limitados.

Por tales motivos resulta necesario mejorar los procedimientos relacionados con el traslado neonatal y mejorar asimismo la calidad de la atención en estas condiciones críticas. En consecuencia de tal problemática es necesario disponer de una guía protocolar que sirva de apoyo para el adecuado traslado de los pacientes neonatales críticos con el fin de evitar complicaciones y por consiguiente reducir la morbilidad con un traslado de forma segura a los neonatos que ameriten atención especializada de un establecimiento de salud que ofrezca mayor nivel de complejidad, por lo cual

surge la siguiente interrogante: ¿Cuál sería el Protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario factible de aplicación por los profesionales de enfermería en los establecimientos de salud de menor complejidad?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Proponer protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario IAHULA Mérida. Período octubre 2019 - febrero 2020.

Objetivos Específicos

1. Describir las bases conceptuales y la actuación del profesional de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario mediante la revisión sistemática de la literatura.
2. Diseñar un Protocolo para el traslado Neonatal interhospitalario, de los centros de salud de menor complejidad del estado Mérida al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
3. Validar a través de los miembros del equipo de salud el contenido del protocolo de actuación de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario de acuerdo a la experiencia asistencial y capacitación académica.

Justificación de la Investigación

La necesidad de documentar un Protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario es una propuesta idónea, pues protocoliza y norma los traslados, brinda una formación teórico-práctica y un mantenimiento de la misma que garantizará el manejo adecuado de estos pacientes, cumpliendo al mismo tiempo con la octava Función esencial de la Salud Pública la formación y capacitación al personal, un sistema de traslado adecuado, disminuye la morbilidad y mortalidad.

En tal sentido, se justifica la relevancia social de esta investigación, ya que promueve y garantiza el bienestar, la protección y seguridad del neonato durante el traslado a centros asistenciales de mayor complejidad, lo que por consiguiente disminuiría la morbimortalidad neonatal a través de una atención oportuna y especializada.

La relevancia práctica radica en el conjunto de intervenciones que describe el protocolo, permite una estandarización de cuidados enfermeros que hará que el profesional de enfermería actúe con un lineamiento normado por la institución, siguiendo paso a paso, los requisitos mínimos para el traslado neonatal.

A nivel teórico, el fundamento conceptual de este protocolo va dirigido a la unificación de criterios de actuación de enfermería en el traslado neonatal, dirigido a la actualización u optimización de competencias sobre la temática en el personal de Enfermería que labora en los centros de salud de menor complejidad y del ente receptor IAHULA.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, el estudio podrá ser usado como evidencia científica y como referencia para próximas investigaciones pues está fundamentado teórica y científicamente, además ofrecerá un instrumento que servirá para la aplicación y ejecución en el contexto hospitalario de cualquier institución que así lo requiera. Así mismo, esta investigación se enmarca en la línea de investigación

de **Programas y experiencias gerenciales del cuidado en contextos diversos**; adscrita al Departamento de Gerencia y Salud Pública de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

Alcances y Limitaciones

Alcances

La presente investigación tiene como base la unificación de criterios y la propuesta de un protocolo para los centros de salud de menor complejidad que asisten partos de bajo riesgo, y al servicio de Neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño” del IAHULA, para optimizar la calidad de vida de los neonatos. Así mismo, en los resultados de la investigación se pretende hacer extensivo a todos los centros de salud materno-infantil de bajo, y mediano riesgo neonatal de Estado Mérida.

De la misma manera se aspira que este trabajo de investigación sea pionero de futuras investigaciones, sea guía para los profesionales de la salud, en otras instituciones, y que pueda ser implementada a nivel local, regional e inclusive que trascienda al nivel nacional.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones se encontraron obstáculos en la ejecución de la investigación, que escapan del control de las investigadoras, entre ellas: la recolección de información actualizada y reciente para completar los antecedentes del estudio, debido al déficit de investigaciones publicadas y relacionadas al tema de abordaje, por este motivo, se hace necesaria la utilización de estudios realizados en periodos anteriores al año 2016, como complemento del sustento teórico de la investigación. Aunado a esto, el escaso tiempo disponible por parte de los médicos, asociado a sobrecarga laboral lo cual dificulta la recolección de datos a través del instrumento.

Consideraciones Éticas

Todo profesional de enfermería debe cumplir sus funciones con un elevado sentido de responsabilidad; atendiendo un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que son aplicados en la práctica diaria con el objetivo de mejorar la salud de los individuos y prolongar la vida del ser humano.

En este sentido la ética es una ciencia normativa que rige lo que se debe hacer, de allí que el Código Deontológico de los profesionales de Enfermeras de la República Bolivariana de Venezuela (2008) en su Artículo 20, emana que “el profesional de enfermería debe actuar equilibradamente, conservando los principios éticos y morales de su práctica” (p. 8), estos principios incluyen la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía, la confidencialidad y la justicia.

Partiendo de lo anterior, ninguna persona que participe en la presente investigación como parte de la aplicación del instrumento sufrirá algún daño físico o psicológico, pues no existe un factor de riesgo por ser una investigación proyectiva y no experimental, por el contrario, es beneficio puesto que se pretende evitar complicaciones y por consiguiente reducir la tasa de morbilidad en neonatos.

En este mismo orden de ideas el Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela, en su Artículo 41, enfatiza que “todo profesional de enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios, en dependencias universitarias, comunitarias o asistenciales, debe guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o a la institución” (1999, p.11). De modo que, la información aportada por la muestra únicamente se utilizó con fines académicos y no será utilizada para fines distintos a ello, garantizando confidencialidad y cumpliendo con los artículos 42 y 44 del Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela, que exalta el secreto profesional.

Así mismo parte del desarrollo de la investigación se realizó previo consentimiento informado del equipo de salud incluyendo médicos y profesionales de enfermería que laboran en el servicio de neonatología del IAHULA, así como profesionales de enfermería que laboran en la sala materna de Ejido y Hospital II El Vigía, sin restringirles nunca de cualquier tipo de conocimiento acerca de la investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Se revisan algunas fuentes de información que servirán de fundamento de esta investigación, es decir que, encaminarán el desarrollo de la variable en estudio. Al respecto, se consultaron y se estudiaron con un auge significativo una serie de investigaciones relacionadas con el tema de estudio que demuestran la importancia de los Protocolos en el traslado neonatal interhospitalario, entre los cuales se destacan:

Alonso (2017), quien elaboró un trabajo de Investigación en España titulado, “Traslado neonatal, Propuesta protocolo de enfermería de traslado neonatal para el CAUPA”. Cuyo objetivo general fue buscar evidencias científicas que fundamenten la elaboración de una propuesta de Protocolo de Traslado Neonatal para el CAUPA. La metodología fue documental, con revisión bibliográfica utilizando bases de datos científicas y otras fuentes. Utilizaron palabras naturales junto con los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), combinándolos con el operador de intersección “AND” y aplicando criterios de inclusión y exclusión, para la selección de los artículos. Los resultados indicaron que el éxito del transporte no depende exclusivamente de su rapidez, sino de la existencia de un dispositivo organizado, un material adecuado y un equipo neonatal especializado y habituado a las características del enfermo. Además, tras el análisis de los artículos, se observó que hay un aumento del número de traslados a lo largo de los años, aunque las patologías que los originan son similares y que en comparación con Latinoamérica, son uno de los países con más implicación

De acuerdo con los hallazgos de la investigación anterior, el autor considera necesario la elaboración de un protocolo de enfermería en traslado neonatal con el propósito de facilitar a los neonatos una atención integral orientada hacia un traslado hospitalario de calidad.

En este mismo contexto, Gomez (2019), elaboró una investigación titulada “Condiciones hemodinámicas y complicaciones asociadas al transporte neonatal de pacientes transferidos al área de neonatología del Hospital de los Valles, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017, y propuesta de protocolo de transporte neonatal”. El objetivo general fue determinar las condiciones clínicas y hemodinámicas de ingreso de los neonatos que fueron derivados al área de Neonatología del Hospital de los Valles, Quito, Ecuador; así mismo, implementar un protocolo de traslado neonatal y posteriormente evaluar si tras la ejecución de este, existe disminución de las complicaciones neonatales asociadas al transporte. Fue un estudio transversal y analítico.

La muestra estuvo conformada por 284 pacientes transportados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de los Valles, desde diferentes unidades de salud del País. Los pacientes se dividieron en dos grupos de 142 pacientes, los datos del primer grupo se tomaron previos a la ejecución del protocolo de traslado, mientras que la información del segundo grupo se obtuvo tras la implementación del protocolo. Esta investigación dio como resultados 284 neonatos trasladados, la distribución de sexo en los pacientes del grupo control y del grupo con intervención no obtuvo variación, con predominio del sexo masculino en aproximadamente un 54%. En relación a los diagnósticos de ingreso se observó que en el primer grupo fueron transferidos más niños con prematuridad asociada a síndrome de dificultad respiratoria en un porcentaje de 53,2%, y en menor porcentaje neonatos con hipoglicemia, sepsis o ictericia; sin embargo, en el grupo con intervención, el porcentaje de pacientes que ingresaron con prematuridad y síndrome de dificultad

respiratoria fue de 38,03%, evidenciándose que existieron mayor cantidad de pacientes a término con enfermedades como hipoglicemia (8,45%) y sepsis neonatal (9,86%). Las complicaciones asociadas al transporte disminuyeron de manera considerable, ya que, en el grupo previa a la intervención, se presentaron en promedio 1,39 complicaciones por paciente y luego de la aplicación del protocolo, el promedio de complicaciones bajó a 0,44 complicaciones por paciente.

El autor concluyó que las complicaciones neonatales asociadas al traslado pueden ser prevenidas si el paciente es sometido a una estabilización previa, además se debe contar con una programación de transporte, adecuada coordinación y comunicación entre el centro emisor y la Unidad de salud receptora; equipos especializados para trasladar neonatos, medición de constantes vitales durante el transporte; y también con personal especializado en transporte neonatal.

Así mismo, Rubio, Arriola, Blazquez, Pangua, y Ortigado (2015), elaboraron un estudio denominado “transporte interhospitalario pediátrico y neonatal en un hospital secundario” en el que el objetivo general es conocer las características del transporte interhospitalario pediátrico y neonatal en la provincia de Guadalajara. Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que precisaron traslado interhospitalario desde el 01 de enero del 2006 hasta el 30 de junio del 2012, analizando las variables de sexo, edad, fecha y hora, etnia, diagnóstico clínico, centro receptor y características del médico que realizó el traslado. En los resultados se evidenciaron 245 traslados de carácter urgente, el 35,5% en periodo neonatal y el 64,5% pediátrico. En el transporte pediátrico, las principales causas de traslado fueron el traumatismo con o sin afectación encefálica (22,2%), la patología neurológica no traumática (16,5%) y la patología respiratoria (15,8%). En el transporte neonatal, las causas más frecuentes fueron la patología respiratoria grave que requiere ventilación asistida (25,3%) y la prematuridad (23%) y se presentaron efectos adversos en el 0,8 de los traslados. Se concluyó que la mayoría del personal

que realice el traslado no posee formación específica, por lo que el traslado de los niños gravemente enfermos a un centro de atención terciaria puede llevarse a cabo de forma más segura con un equipo especializado en cuidados críticos que con equipos que no están capacitados específicamente en transporte pediátrico/neonatal.

Así pues, según este estudio queda demostrado que la demanda en cuanto a traslados crece exponencialmente con el transcurrir de los años y que se debe considerar un elemento que asegure una continuidad asistencial entre el hospital emisor y el receptor, por lo que sería recomendable establecer protocolos asistenciales unificados y consensuados donde el traslado sea realizado por equipos especializados o entrenado y cuyo primer objetivo sea la estabilización del paciente.

Por su parte Niermeyer y Domek (2016), publican un documento titulado “Transporte neonatal en el entorno de los países en desarrollo: revisión sistemática”. Los objetivos de esta revisión son identificar y analizar los datos científicos disponibles sobre transporte neonatal en los países en desarrollo. La metodología se basa en la estrategia de búsqueda electrónica, que incluyó términos relacionados con el transporte, el acceso y la derivación de los neonatos. Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Embase, CINAHL, Web of Science, Biblioteca Cochrane, LILACS, SciELO e Index Medicus Africano. Los estudios considerados aptos fueron de diseño prospectivo aleatorizado, cuasialeatorizado o no aleatorizado con un grupo comparativo. Se incluyeron estudios transversales, de series de casos, de casos y testigos o de cohortes con desenlaces modificables identificados siempre y cuando se hubieran definido en ellos grupos de comparación o una comparación con normas o directrices establecidas. Según los resultados, Cuarenta estudios cumplieron los criterios de inclusión. No se encontró ningún ensayo controlado aleatorizado, y solo cinco estudios cuasiexperimentales de tipo antes-después; la mayoría de los estudios fueron de calidad débil o moderada. En catorce estudios se evaluó la estabilidad fisiológica durante el transporte y se identificaron los factores de riesgo

potencialmente modificables asociados al deterioro clínico y la mortalidad o los desenlaces diferenciales entre recién nacidos dentro del centro especializado y fuera de él (esto es, transportados). En seis estudios se comparó la gestión del transporte neonatal con normas de desempeño o directrices regionales formales.

En seis estudios se examinó el efecto de la capacitación y composición del equipo sobre las variables de conocimientos y destrezas, los indicadores fisiológicos de estabilidad y la mortalidad. En tres estudios se comunicaron datos sobre el equipamiento (sistemas de transporte o incubadora). En once estudios se tuvo en cuenta la importancia del transporte neonatal para brindar acceso al sistema de salud. Así pues, en este estudio se concluye que los datos disponibles respaldaron la necesidad de establecer servicios de transporte neonatal para brindar acceso equitativo y generalizado a los neonatos durante el primer mes de vida a la atención sanitaria de alta calidad.

Este trabajo sirve como referente para la presente investigación porque resalta las conclusiones importantes y lagunas de conocimiento a modo de preparación para elaborar directrices clínicas y herramientas prácticas destinadas a apoyar el transporte neonatal seguro, basados en la estabilidad fisiológica del neonato, la capacitación, sistemas, equipamiento, normas y supervisión adecuados.

Marsinyach (2012) titula su trabajo “Fundamentos para la creación y control de calidad de un sistema de transporte neonatal especializado”. El mismo tiene como objetivo principal evaluar la calidad de la atención sanitaria del sistema de transporte neonatal especializado de la comunidad de Madrid y como objetivo secundario proponer un proyecto de transporte neonatal especializado para el principado de Asturias. Se realizó un estudio transversal y descriptivo de todos los transportes neonatales entre enero 2009 y diciembre 2011 en Sistema de Transporte Neonatal Especializado de la Comunidad de Madrid (SUMMA 112). Los indicadores de calidad se definieron en base a la literatura científica reciente y a la experiencia del

programa y se clasificaron según las 6 dimensiones de calidad del Instituto de Medicina de Estados Unidos (seguridad, oportunidad, eficacia, eficiencia, equidad, atención centrada en el paciente/familia). Las conclusiones arrojaron que la evaluación de la calidad del transporte empleando la definición de indicadores de calidad permite un abordaje detallado y global del proceso. La identificación de puntos fuertes y áreas de mejora permite la aplicación de los mismos en el diseño de programas de transporte neonatal especializado para aquellas comunidades autónomas del país que no cuentan con este sistema.

Finalmente Garcia y Hoenicka (2012) en su estudio denominado “Procedimiento para el traslado inter-hospitalario del neonato”, tuvieron como objetivo general analizar el procedimiento para el traslado inter-hospitalario del neonato, en Maracaibo, en el marco de los protocolos a ejecutar para lograr un eficaz traslado del neonato. De acuerdo con la variable sustantiva el soporte teórico fundamental se basó en conceptos relacionados con el transporte neonatal, uso de la incubadora y estabilización del neonato. Metodológicamente fue un estudio de proyecto factible con apoyo de una investigación combinada (documental y de campo); para la recolección de datos se aplicó el método de análisis primario de documentos extraídos de páginas web en cuanto a medicina de urgencias y enfermería se refiere, usando documentos base como unidades de contexto. Las conclusiones de este estudio indican que el conocimiento de la fisiología y patología del neonato, la experiencia en el tratamiento, el enfoque integral e interdisciplinario en el manejo de todas las situaciones han permitido el descenso importante de la mortalidad neonatal.

Por consiguiente, el estudio anteriormente mencionado guarda relación con la investigación, pues trata del único proyecto factible que además realiza un análisis de documentos extraídos de páginas web con relación a la enfermería en el contexto del traslado neonatal interhospitalario, tal como lo hace la presente investigación, dejando en manifiesto los requerimientos, equipos y materiales que se utilizan para dicho proceso.

Bases Teóricas

A continuación, se presentan las bases teóricas que dan sustento a esta investigación.

Protocolo

Realizar correctamente el traslado de un recién nacido requiere de conocimientos que debe poseer todo el equipo de salud, por lo que se hace necesario establecer una serie de pasos que permitan ejecutar el traslado, reduciendo el tiempo de espera para el neonato pues las primeras horas de vida son fundamentales para la supervivencia de esta población susceptible y así evitar o solucionar de manera oportuna cualquier eventualidad que se presente y poder garantizar un traslado seguro para el recién nacido. En este sentido, el protocolo se puede definir como la “serie ordenada de reglas establecidas” (López, 2002, p.2)

Así mismo para Alcaide y otros (2012) el Protocolo es “un documento de trabajo dirigido a facilitar el trabajo clínico que contribuye a un conjunto de actividades y/o procedimientos relacionados con un determinado proceso asistencial” (p. 5). Es decir, el protocolo provee en teoría el accionar concreto para una atención oportuna y rápida al equipo de salud, evitando la pérdida de tiempo por confusiones al momento de proceder a realizar un procedimiento de emergencia. Por tal motivo los protocolos son un mecanismo que facilitan a la profesión, brindar una atención integral y eficiente a través de la estandarización de acciones.

Según López (2002) los protocolos para los cuidados de enfermería se conocen también como “planes de estandarización de cuidados de enfermería, pues los

estándares constituyen el instrumento para alcanzar y mantener un nivel de calidad mínimo básico de atención” (p.1)

En este mismo orden de ideas, (López, 2002) establece que para la elaboración de los protocolos de enfermería se debe tomar en cuenta la siguiente metodología que facilitará el proceso de aplicación del mismo:

1. Recopilación y revisión de los procedimientos existente en las unidades de hospitalización del centro de salud, pues permite conocer la situación actual y real que se lleva a cabo.
2. Revisión bibliográfica y de otros manuales de procedimientos de distintos hospitales, esto permite comparar las modalidades de trabajo y los manuales de procedimientos utilizados y de esta forma se puede conocer las experiencias y resultados que se generan con la aplicación de los mismos.
3. Elaboración de procedimientos adaptándolos a las necesidades y recursos del hospital, pues no todas las instituciones son iguales, de allí que la realidad y la cultura que tenga cada institución hospitalaria define el estilo gerencial que establece cada servicio. (p.8)

Así mismo, (Valdés, s/f) plantea que los protocolos de enfermería tienen como objetivos:

Identificar los factores de riesgo para la ocurrencia de un evento adverso. Evitar la variabilidad en las actividades de enfermería durante la prevención de los eventos adversos. Crear un sistema de notificación institucional de eventos adversos. Evaluar la calidad de la atención por medio de indicadores de seguridad al paciente. Crear planes de erradicación, reducción o mitigación del riesgo. Mejorar la calidad del proceso asistencial teniendo en cuenta la exposición a los diferentes tipos de riesgos identificados en los servicios hospitalarios. Contar con un recurso legal para la gestión del riesgo que proteja al paciente, el enfermero y la institución de salud. (p. 6).

Por consiguiente, las instituciones de salud deben tener protocolos, seguir estándares y manuales de procedimientos que permitan unificar criterios. En el caso específico del traslado neonatal un protocolo de actuación de enfermería evita la improvisación durante la práctica, permitiendo la minimización de los riesgos durante cualquiera de las etapas, logrando con esto alcanzar un nivel deseado de calidad y eficiencia en la atención de enfermería para con los neonatos.

Traslado Neonatal

Para iniciar es pertinente mencionar la diferencia entre el traslado neonatal y transporte neonatal, Morillo y otros (2008) definen que el transporte es básicamente la movilización del paciente desde el centro emisor hasta el centro receptor sin embargo señalan que el traslado neonatal abarca un concepto más amplio, pues comprende desde la toma de decisión de traslado, la búsqueda de un hospital que cumpla con los requerimientos que el paciente necesita, estabilización previa al traslado, y el transporte e ingreso al centro emisor. (p. 10)

La decisión de trasladar a un paciente requiere una estricta coordinación y comunicación entre el centro emisor y el centro receptor del paciente, además es imperativo una previa estabilización para que el recién nacido llegue estable y en óptimas condiciones clínicas, pues el objetivo del traslado neonatal es dar cuidados de alta calidad antes y durante el traslado evitando complicaciones, aunado a ello el traslado debe hacerse por personal capacitado, disminuye la morbimortalidad asociada a transporte neonatal (Ministerio de Salud Argentina, 2012)

Traslado Neonatal interhospitalario e intrahospitalario

Para (Alonso, 2017) “el traslado Interhospitalario es aquel en donde la movilización del paciente se hace desde un centro de menor nivel a otro de mayor nivel o a centros diagnósticos”(p.7). También define el traslado Intrahospitalario

como aquel en el cual el paciente es movilizado de una unidad de cuidado a otra, o algún servicio diagnóstico que amerite.

En este sentido, El Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela (2013) indica que el traslado interhospitalario se puede realizar por vía terrestre en ambulancia, por vía aérea en helicóptero o en avión. Indican también que se deben contar con protocolos para decidir que tipo de transporte se utilizará.

Así mismo Iglesias y Castañón (2016) argumentan que el traslado del recién nacido debe realizarse tras la mayor estabilización posible, ya sea intra o extra-hospitalario. Según la sintomatología que presente se tratará de un transporte crítico o no crítico, y siempre en todo traslado según estos autores se deben precisar:

Asegurar unas vías respiratorias libres con ventilación correcta, asegurar una buena vía de perfusión, un correcto control hemodinámico, con la administración de líquidos, drogas inotrópicas o expansores plasmáticos si está indicado. Evitar pérdida de calor y mantener la temperatura axilar alrededor de 36,5-37°C, corregir las alteraciones metabólicas, informe a la familia del motivo del traslado, así como los medios de contacto con centro receptor (p. 169).

El proceso de transporte interhospitalario se puede dividir en varias fases. La importancia de identificar cada fase radica en la descripción de los procesos establecidos en cada una de ellas. Dividir el transporte neonatal en fases permite evaluar al equipo pues en cada una de ellas el personal debe cumplir con objetivos específicos. (Marsinyach, 2012. p. 13), estas fases serán descritas en el capítulo VI de la presente investigación.

Descripción del centro de Salud

La investigación tendrá, como escenario principal Instituto Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) el cual cuenta con el servicio de neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño”, que cuenta con una capacidad de 60 incubadoras, perteneciente al Ministerio del Poder Popular para la Salud, categorizado como Hospital Tipo IV con

especialidades más importante del eje Centro-Occidental del país, Instituto de Referencia Regional y Nacional.

El IAHULA se inauguró el 23 de diciembre de 1972 en el Gobierno de Dr. Rafael Caldera, siendo su Primer Director el Dr. Raúl Arellano, Su misión brindar atención médica especializada, oportuna integral, con el objeto de elevar la calidad de vida de los usuarios, basada en los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad, con un equipo altamente capacitado, privilegiando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Y su visión es posicionarse como un hospital de especialidades de referencia nacional e internacional, siendo un centro de docencia e investigación de acreditación mundial, disponer de la tecnología más avanzada del momento y poseedora de sistemas de control de gestión, de registros estadísticos médicos y de informatización hospitalaria, con presupuesto justo, generador de organizaciones gremiales y comunitarias con alto sentido de compromiso y pertenencia.

Es así que este Hospital se convierte en el principal centro de referencia del estado Mérida para todas las especialidades, en este caso el servicio de neonatología como centro receptor de traslados interinstitucionales de los centros de salud de menor complejidad.

Rol del profesional de Enfermería en el traslado neonatal

El profesional de Enfermería desempeña una parte esencial en la coordinación del traslado, ya que generalmente es quien se responsabiliza de organizar, preparar y acudir al traslado. Por lo tanto, debe conocer en forma completa la rutina correspondiente a los aspectos administrativos, tales como, solicitud de ambulancia, trámites de ingreso, autorización de los padres y la preparación del neonato para el ingreso. Así mismo, el profesional de enfermería, previo al traslado, deberá tomar medidas dentro de sus posibilidades o según indicación médica, para corregir las

condiciones clínicas del neonato lo mejor posible, ya que las emergencias en tránsito son difíciles de manejar por el reducido espacio y el movimiento del vehículo (Castro y Urbina 2007).

En relación a lo expuesto anteriormente, las recomendaciones para el traslado neonatal del Ministerio de Salud de Argentina (2012) establecen que la enfermera de guardia de traslados debe cumplir con las siguientes funciones:

- ✓ Evaluará que el móvil se encuentre en condiciones adecuadas de higiene, con el equipamiento e insumos necesarios y en condiciones óptimas para su utilización.
- ✓ Repondrá la medicación faltante o cuya fecha de vencimiento esté cercana. Antes de cada traslado, es preciso tener, como mínimo, la cantidad de droga necesaria para administrar el tratamiento dos veces a un niño de 3 kg de peso.
- ✓ En caso de encontrar algo en mal estado operativo, le informará al Médico de Guardia de Traslados.
- ✓ Verificará la carga de los cilindros de gases medicinales y el estado de los elementos de oxigenoterapia del móvil.
- ✓ Implementará las medidas terapéuticas solicitadas por el Médico de Guardia
- ✓ Registrará periódicamente los signos vitales del paciente, en virtud de su estado.
- ✓ Dejará registro de todos los materiales descartables y toda la medicación utilizada durante cada traslado, para reponerlo al final del mismo. (p. 11)

Aunado a esto, el profesional de enfermería debe cerciorarse que el neonato esté provisto de una vía de acceso venosa para la administración de líquidos, drogas inotrópicas o expansores plasmáticos, también que mantenga una temperatura axilar alrededor de 36,5 - 37 °C y que en líneas generales esté hemodinámicamente estable para proceder a realizar el traslado, ya que es muy importante un neonato bien

estabilizado y con todas las condiciones provistas, puesto que así requerirá poca o ninguna intervención durante el traslado y además tendrá un mejor pronóstico.

Es posible también, que el/la enfermero/a sea quien establezca la comunicación interhospitalaria, es decir, quien llame al hospital receptor, informando el estado del paciente y los equipos que deben prepararse para su ingreso, así como el tiempo aproximado de su llegada. El profesional que se encarga del traslado debe colaborar con el ingreso e informar los antecedentes e incidentes del traslado y entregar personalmente las pertenencias y la documentación al personal del centro receptor quienes deben estar preparados para ingresar al neonato y resolver los problemas que allí surjan. Finalmente, al terminar el traslado, el personal de enfermería debe revisar y completar el equipo para otro posible traslado.

Bases Legales

Dada la amplitud del conocimiento y la variedad en la interpretación de las leyes por su carácter taxativo, conviene realizar una interpretación en relación al traslado neonatal en la República Bolivariana de Venezuela, el mismo se encuentra sustentado en instrumentos legales y normativos que sugieren la descentralización y adopción de criterios y protocolos según las características asistenciales que presente cada centro de salud, que garanticen la atención integral y guíen las actuaciones del equipo de salud. Así pues, se describe a continuación en el orden jerárquico según la pirámide de Kelsen la normativa jurídica vigente vinculada con la presente investigación:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece en el

Artículo 78: Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos y estarán protegidos por la legislación, órgano y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás Tratados Internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, la familia y la sociedad asegurarán con prioridad absoluta protección integral para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernen. (p.76)

Se establece la responsabilidad que tiene el estado en conjunto con la familia de garantizar al niño, niña el goce de sus derechos; tratados de una manera digna, en el momento de su nacimiento, y más aún si hay complicaciones brindándoles la protección en el cuidado la cual se caracteriza por demandar un conjunto de intervenciones complejas que permitan fomentar su bienestar, y adaptación en las primeras horas de vida.

Artículo 84: Los principios que rigen el sistema de salud venezolano, así como la creación de un Sistema Público Nacional de Salud por parte del Estado, el cual, deberá ser intersectorial y descentralizado, generando políticas tendentes a garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, garantizando de igual manera, el tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad. Así mismo establece la obligación que tienen todos los ciudadanos en participar activamente en la toma de decisiones en materia de Salud Pública (p78).

Así mismo, el artículo mencionado, tienen relevancia con la investigación porque promueve el trabajo intersectorial en materia de salud, con la creación de políticas que promuevan la salud, rehabilitación y restitución de la salud, donde se pueda garantizar el sistema de referencias de centros de menor complejidad a centros especializados, así mismo deben estar preparados y coordinados ante los traslados interinstitucionales, con el equipamiento médico y personal capacitado para controlar la emergencia de salud que pueda presentarse ante el parto.

De igual manera, la Ley Orgánica para la protección de Niños, Niñas y Adolescentes (2007) establece:

Artículo 41. Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Artículo 48. Derecho a Atención Médica de Emergencia. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia... párrafo 2...cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado

a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.

Artículo de relevancia fundamental para la investigación ya que considera la Atención en situaciones de emergencia en materia de salud, donde justifica el traslado interinstitucional en caso de niño se encuentre peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud, a un centro de salud más especializado.

Así mismo la Ley Orgánica en Salud (2011) en el Título I, Artículo 3, los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios de complementariedad: donde los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa y el principio de Calidad: establece establecimientos de atención médica desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, con adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales (p.4). Lo cual llama a la adopción de protocolos según las características del centro de salud.

Finalmente, según la Norma Oficial en Salud Sexual y Reproductiva (2013), Gaceta Oficial N° 37.705 establece en su sección de la Salud Prenatal y Perinatal, como estrategia que se debe elevar la calidad de atención del recién nacido cumpliendo adecuadamente las normas de reanimación por personal calificado y un adecuado traslado intra y extra institucional desde el área de atención en sala de partos hacia otro servicio (p.130).

Definición de términos básicos

Neonato: recién nacido en sus primeros 28 días de vida, independientemente de su edad gestacional.

Traslado Interhospitalario: es aquel que se realiza desde un centro hospitalario hasta otro, habitualmente para proporcionar a los pacientes un mayor nivel de atención que en el hospital emisor.

Traslado Neonatal Interhospitalario: desplazamiento de un neonato desde el centro emisor (generalmente de menor complejidad) al centro receptor (generalmente de mayor complejidad).

Centro de mayor complejidad: se refiere a aquel centro de salud que cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas y cuyas subespecialidades y/o equipos no existen en uno de menor complejidad. Aquí se atienden problemas de salud que requieren un mayor conocimiento o tecnología y se incluye la investigación científica y docencia hasta el nivel universitario.

Centro de menor complejidad: se refiere a aquel centro de salud que no cuenta con una amplia gama de especialidades, pero sí con unidades ambulatorias y uno o varios consultorios donde se atienden patologías y se realizan esfuerzos para la prevención, educación y detección temprana de enfermedades.

Protocolo de Actuación de Enfermería: documentos que determinan la forma de actuar y establecen una normativa para la práctica de la profesión

Sistema de Variable

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) una variable es una “propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse” (p.105). En este sentido, la presente investigación es univariable, es decir, que utiliza una variable única, la cual

corresponde al protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario y será medida a través de las dimensiones:

Revisión Sistemática de la literatura, Propuesta de protocolo, Datos laborales, Validación de los ítems del protocolo, Validación de la apariencia y contenido del protocolo.

www.bdigital.ula.ve

Operacionalización de la Variable

Objetivo General: Proponer un protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario IAHULA - Mérida. Entre los meses octubre 2019 - febrero 2020.				
Variable	Objetivo específicos	Dimensión	Indicadores	Ítems
Protocolo de Actuación de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario	Describir las bases conceptuales y la actuación del profesional de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario mediante la revisión sistemática de la literatura.	Revisión Sistemática de la literatura	Título del protocolo. Año de publicación, País Indicaciones para traslado Tipo de transporte Interhospitalario Personal de Salud Estabilización del Neonato Previa al traslado. Etapas de traslado neonatal. Equipos. Rol del Profesional de Enfermería	<i>Instrumento 1</i> Matriz de Categorías
	Diseñar un Protocolo para el traslado Neonatal interhospitalario, de los centros de salud de menor complejidad del estado Mérida al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	Propuesta de protocolo	Introducción Justificación Objetivos Misión y visión Campo de aplicación Población Objeto Descripción de las etapas Anexos Diagrama Referencias	Protocolo de Actuación propuesto
	Validar a través de los miembros del equipo de salud el contenido del protocolo de actuación de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario de acuerdo a la experiencia asistencial y capacitación académica.	Datos laborales Validación de los ítems del protocolo Validación de la apariencia y contenido del protocolo	Edad Formación profesional Experiencia en área neonatal Número de traslados neonatales Aplicación de protocolo de traslado Etapa pre traslado Etapa estabilización y transferencia al vehículo. Etapa traslado al IAHULA Etapa de entrega del neonato al IAHULA. Etapa de retorno a la operatividad del equipo de transporte. Protocolo es claro y conciso Redacción y ortografía Asimilación de conceptos Asimilación de etapas Aplicación en todos los centros de menor complejidad Lenguaje utilizado comprensible Intervenciones basadas en la evidencia.	<i>Instrumento 2</i> Parte A 1-5 Parte B 6-12 13-18 19-22 23-26 27-29 Parte C 30 31 32 33 34 35 36

NOTA: Salas y Suarez (2020)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Enfoque de la Investigación

La presente investigación se basa en un enfoque cuantitativo el cual, según Hernández, Fernández y Baptista, (2014) lo definen como aquel que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4). En este sentido, el abordaje de la población seleccionada para esta investigación genera una información numérica que posteriormente sentará las bases para el análisis estadístico.

Tipo de Investigación

En este mismo orden de ideas, el tipo de Investigación desarrollada es de tipo proyectiva. Según Hurtado, (2000) la investigación proyectiva “Consiste en la elaboración de una propuesta o modelo, como solución a un problema o necesidad de tipo práctico” (p.333). Tal es el caso de la presente investigación, pues la misma tiene como objetivo proponer un protocolo de fácil comprensión que permita unificar criterios para el transporte neonatal interhospitalario por tanto, se cumple con diseñar o crear una propuesta que está destinada a solucionar determinada situación, convirtiéndose entonces en un proyecto factible.

Con respecto a las etapas de la investigación proyectiva, se consideran:

a. Estadio descriptivo, el cual permite identificar las prioridades, orientando la revisión bibliográfica hacia la precisión conceptual de la situación. De tal manera que en este estudio se realiza una revisión sistemática de la literatura, en la cual se

resumen las evidencias científicas relacionadas con el cuidado, acciones y etapas establecidas en el traslado neonatal.

b. Estadio Analítico, durante el cual se analiza la situación a modificar en términos de intereses, expectativas y motivaciones de los actores involucrados, para garantizar mayor probabilidad de aplicación.

c. Estadio Comparativo, para lo cual es necesario establecer las semejanzas y diferencias entre los grupos, lo cual permite precisar los eventos o componentes que aparecen consistentemente, para modificar, eliminar o incluir en el protocolo definitivo.

d. Estadio explicativo, mediante el cual se hará la descripción del protocolo con base a las validaciones, es decir, sus pasos y procedimientos, y los efectos deseados, Para ella se utilizan la validación del contenido del protocolo por los 5 expertos en el área de estudio.

e. Prognosis, mediante el cual se establecerá el futuro deseable aspirando a la aplicación de protocolo en los escenarios descritos y el futuro posible disminuya las complicaciones y aumente la esperanza de vida para los neonatos.

f. Propuesta técnica o diseño: es el desarrollo de la propuesta, donde se identifican las características, justificación, objetivos, descripción de las etapas, desarrollo de flujograma del proceso de funcionamiento, usuarios y responsables, personas a quienes va dirigida la propuesta, fue sometida a la validación por especialistas médicos y enfermeros en el área de Neonatal.

e. Estudio de factibilidad: (Hurtado, 2000).

Diseño de Investigación

Por otra parte, en función al diseño de la investigación, esta se considera transversal y de campo (no experimental), ya que el estudio se desarrolla entre los meses octubre del 2019 y febrero del 2020, lo cual concuerda con el propósito de la investigación transversal el cual es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014.p.154). En cuanto al diseño de campo (no experimental), Arias (2012) la conceptualiza como “aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna” (p.31), así pues, para esta investigación se recogen los datos solamente de la población sujeto de investigación en el IAHULA y en los centros de menor complejidad (Sala Materna de Ejido y Hospital II El Vigía) a través de un instrumento creado para tal fin.

Población y Muestra

Arias (2012) define la población o universo como el “conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (p. 81). Por tanto, la población objeto de estudio se considera población infinita porque se desconoce el número de personal de salud que laboran en los distintos centros de salud de menor complejidad en el estado Mérida

Se utilizó un muestreo no probabilístico que según (Arias, 2012) “es un proceso de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra” (p. 85) y que además es por conveniencia, pues “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014. p.176), es decir, que fueron elegidos con base en criterios preestablecidos por el investigador.

Por tanto, la muestra estuvo conformada por, ocho (8) expertos: dos (2) médicos neonatologos del IAHULA, un (1) médico pediatra, cinco (5) profesionales de enfermería que laboran en centros de salud de menor complejidad con experiencia en el área neonatal: dos (2) hospital II El Vigía y tres (3) en el CPT 3 Sala Materna. A quienes se les considera bajos los siguientes criterios de inclusión; a. Que tengan más de cinco (5) años de experiencia en el área neonatal. b. Que participen en traslados neonatales. c. Que deseen participar en el estudio.

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Los datos procesados deben ser suficientes y confiables por lo cual es necesario definir las técnicas y los instrumentos adecuados para la recolección de los mismos. En este sentido, Arias (2012) describe la tecnica como el “procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p.67) mientras que “Un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” (p.68).

De manera que la técnica utilizada para la recolección de datos fue realizada en dos momentos, la primera técnica consistió en un análisis de contenido para la cual se utilizó una matriz de categorías, la misma consiste en organizar, clasificar y categorizar la información obtenida mediante la revisión de tres protocolos para el traslado neonatal, donde se consolidó la información, considerando los aspectos comunes, para finalmente diseñar el protocolo de esta investigación. Su propósito fue describir y comparar los eventos contenidos en cada protocolo. Este instrumento consta de: título del protocolo, año de publicación, país, indicaciones para traslado, tipo de transporte interhospitalario, personal de salud, estabilización del neonato previo al traslado, documentación, fases o etapas, rol de enfermería y equipamiento. (Ver anexo)

Así mismo, en un segundo momento e instrumento para cumplir con la validación del protocolo, se utilizó una técnica tipo encuesta, cuya modalidad de instrumento es el cuestionario el cual “se realiza de forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas. Se le denomina cuestionario autoadministrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador” (Arias, 2012. p. 74). En este sentido, el cuestionario utilizado en esta fase constó de tres partes: la primera parte datos laborales de los especialistas; segunda parte: Instrumento de validación de los ítems del protocolo; y la tercera parte: Instrumento de validación de la apariencia y contenido del protocolo. (Ver anexo)

Validez del Instrumento

Este apartado busca “comprobar si el instrumento mide lo que se pretende medir, además de cotejar su pertinencia o correspondencia con los objetivos específicos y variables de la investigación” (Arias, 2012. p.135). En el caso de esta investigación, se procedió a la validez del instrumento a través del juicio de expertos que según (Hernández,, Fernández, & Baptista, 2014) “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable de interés, de acuerdo con expertos en el tema” (p.204), estos expertos fueron cinco (5) profesionales estrechamente relacionados con la temática de la investigación, quienes emitieron su opinión respecto a la presentación, redacción, instrucciones, coherencia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems, del instrumento así como la factibilidad para ser aplicado. (Ver anexo)

Técnica de Procesamiento y análisis de datos.

En esta investigación se utiliza la estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central para la edad de los sujetos encuestados y la distribución de frecuencias, mediante cifras absolutas y porcentuales, presentadas en tablas.

Así mismo, durante la revisión de la literatura se consideró la estructuración con base a preguntas orientadoras sobre: ¿Cuántas literaturas fueron revisados? ¿Cuántos eran de compiladores o instituciones? ¿Cuántos fueron manuales, libros, documentos escritos, artículos, guías? ¿Cuántos fueron de sitios web, revisiones sistemáticas o estudios previos? y si fueron validados o aplicados.

En relación a la fase de construcción del protocolo, esta se realizó con base a evidencias científicas de referencias seleccionadas en la matriz de categorías, sobre los cuidados y acciones de enfermería en el traslado neonatal durante cinco etapas, para posteriormente ser sometida a validación de contenido y de apariencia, realizando la construcción diagramática del protocolo a través del programa Adobe Illustrator.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se estructura el análisis de resultados por medio de estadística descriptiva representado por tablas de distribución de frecuencias y porcentuales, el cual se inicia con la presentación de la revisión sistemática de la literatura sobre del Protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario seguido de los resultados de las variables cualitativas datos laborales de la población en estudio, y finalmente de validación de contenido y apariencia a través del juicio de expertos.

Tabla 1 Revisión sistemática de la literatura sobre protocolos en el traslado neonatal

Literatura/Evidencia	N	%
Origen		
Compiladores/ Instituciones	4	26
Manuales, libros, documentos, artículos, guías.	6	40
Sitios web/Estudios previos	5	34
Total	15	100
Validados/Aplicados		
Si	3	20
No	12	80
Total	15	100

Fuente: Instrumento 1 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En la tabla N° 1, se observa un resumen (ver anexo) con respecto al origen y validación o aplicación de la evidencia científica relacionadas con el traslado

neonatal, donde se consideraron quince (15) revisiones bibliográficas de las cuales el origen del cuarenta por ciento (40%) es de manuales creados por organizaciones libros, documentos, artículos y guías, el treinta y cuatro por ciento (34%) estuvo representado por sitios web/estudios previos de universidades alrededor del mundo, seguido de un veintiséis por ciento (26%) proveniente de instituciones y compiladores. Así mismo en relación a la validación o aplicación de los documentos consultados, se observa que el ochenta por ciento (80%) de estos no fueron validados, mientras que el veinte por ciento (20%) restante sí.

En este sentido, Niermeyer & Domek (2016), también realizan una revisión sistemática sobre el Transporte neonatal pero enfocados en el entorno de los países en desarrollo, sin embargo coinciden con la presente investigación, pues los estudios revisados incluían en su contenido la composición del equipo, los indicadores fisiológicos de estabilidad, el equipamiento del traslado entre otros, los cuales fueron tomados como indicadores para la matriz de categorías, considerando así, la revisión sistemática de la literatura como una herramienta importante en la elaboración de un protocolo, dado que esta son las pruebas disponibles acerca del tema en estudio y permiten identificar y analizar los datos científicos disponibles.

Tabla 2. Datos laborales de los especialistas en el área

Característica	N	%
Edad		
25-30años	-	-
31-35 años	1	12,5
36-40años	1	12,5
Mayor de 40 años.	6	75
Total	8	100
Formación profesional		
Licenciatura	1	12,5
Especialización	4	50
Maestría	3	37,5
Doctorado	-	-
Total	8	100
Experiencia en el área neonatal		
5 a 10 años	2	25
11 a 15 años	2	25
Mayor de 15 años	4	50
Total	8	100
Número de traslados neonatales, realizados durante su experiencia en el área.		
Entre 5 - 10 traslados	-	-
11 a 15 traslados	1	12,5
16 a 20 traslados	1	12,5
Mayor de 20 traslados	6	75
Total	8	100
Ha participado en la realización de un traslado neonatal aplicando algún protocolo.		
Si	7	87,5
No	1	12,5
Total	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En la tabla N° 2, se reflejan los resultados correspondientes a los datos laborales de los validadores, evidenciándose que el setenta y cinco por ciento (75%) son mayores de cuarenta (40) años, mientras que el doce punto cinco por ciento (12,5%)

tienen edades comprendidas entre treinta y uno y treinta y cinco (31-35) años y treinta y seis y cuarenta (36-40) años. Por otro lado, el cincuenta por ciento (50%) de los validadores tienen especialización relacionada con el área (médicos neonatólogos, pediatra y licenciados) el treinta y siete por ciento (37,5%) tienen maestría y doce punto cinco por ciento (12,5%) son licenciados en enfermería. Así mismo, de acuerdo a los años de experiencia en el área neonatal el cincuenta por ciento (50%) tienen más de quince (15) años y un veinticinco por ciento (25%) tienen de cinco a diez (5 a 10) años, coincidiendo con el mismo porcentaje aquellos que tienen once a quince (11 a 15) años de experiencia.

En relación al número de traslados neonatales realizados durante la experiencia en el área el setenta y cinco por ciento (75%) ha realizado más de veinte (20) traslados, mientras que el doce punto cinco por ciento (12,5%) ha realizado entre once y quince (11 a 15) traslados, igualando en este último porcentaje a aquellos que han realizado entre dieciséis a veinte (16 a 20) traslados. Finalmente, el ochenta y siete punto cinco por ciento (87,5%) ha participado en la realización de un traslado neonatal aplicando algún protocolo, sin embargo el doce punto cinco por ciento (12,5%) no ha aplicado ningún protocolo durante el traslado neonatal. De acuerdo con los resultados obtenidos, Gómez (2019) señala que las Complicaciones neonatales asociadas al traslado pueden ser prevenidas con personal especializado en transporte neonatal y que con la aplicación de un protocolo el promedio de complicaciones baja por paciente.

Tabla 3. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Indicador: Etapa Pre traslado

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6 Indicaciones para el traslado	-	-	-	-	-	-	4	50	4	50	8	100
7. Recurso Humano capacitado:												
• Médico Pediatra	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
• Enfermera del área neonatal	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
• Camillero	-	-	-	-	2	25	1	12,5	5	62,5	8	100
• Chofer de Ambulancia	-	-	-	-	2	25	1	12,5	5	62,5	8	100
8. Transporte terrestre:												
Ambulancia en condiciones óptimas	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En la tabla N° 3 los resultados demuestran que en la etapa pre traslado un cincuenta por ciento (50%) considera Excelente las indicaciones plasmadas en el protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario y el otro cincuenta por ciento (50%) señala la alternativa, Bueno. En este mismo contexto, en cuanto al Recurso Humano Capacitado el setenta y cinco por ciento (75%) considera como Excelente la inclusión del médico pediatra y un veinticinco por ciento (25%) lo considera Bueno, un setenta y cinco por ciento (75%) considera Excelente que una Enfermera del área neonatal sea parte del recurso humano y un veinticinco por ciento (25%) selecciona la alternativa Bueno. En cuanto al camillero y el chofer de ambulancia, el sesenta y dos punto cinco por ciento (62,5%) opina que es excelente su inclusión, así como el veinticinco por ciento (25%) opina que es regular y un doce punto cinco por ciento (12,5%) opina que es Bueno. En referencia al

transporte terrestre: ambulancia en condiciones óptimas, el setenta y cinco por ciento (75%) elige la opción Excelente, mientras que el veinticinco por ciento (25%) elige la opción Bueno.

En este sentido, para Alonso (2017), el recurso humano incluye al médico pediatra, diplomado en Enfermería especializado en neonatología y Técnico Sanitario como conductor, lo que concuerda con la opinión de la mayoría de los expertos en la presente investigación, además el mismo autor considera que el éxito del traslado depende del transporte adecuado (en este caso terrestre) el material apropiado y sobre todo el equipo neonatal especializado y preparado ante las condiciones del neonato.

**Tabla 3. (Cont). Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.
Indicador: Etapa Pre traslado**

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9 Equipamiento												
• Incubadora de traslado pre-calentar a 36°, operativa con sensor de temperatura y oxígeno.	-	-	1	12,5	-	-	1	12,5	6	75	8	100
• Equipo de reanimación: Drogas de reanimación, laringoscopio, Tubo endotraqueal, bolsa autoinflable.	-	-	-	-	2	25	1	12,5	5	62,5	8	100
10- Documentación												
• Historia Clínica	1	12,5			1	12,5	2	25	4	50	8	100
• Manilla de identificación.	-	-	-	-	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100
• Podograma de nacimiento.	-	-	-	-	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100
• Consentimiento informado	-	-	-	-	-	-	4	50	4	50	8	100
• Evolución de Enfermería	-	-	-	-	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100

- Referencia de indicación del traslado

11	Comunicación Interhospitalaria: garantizar la comunicación entre los centros de salud y documentar la misma.	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
12.	Proporcionar soporte emocional e información al familiar acompañante del neonato durante el traslado							3	37.5	5	62.5	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En continuación con la tabla N°3, como resultado del equipamiento, el setenta y cinco por ciento (75%) de los expertos validadores considera Excelente que se deba usar la incubadora de traslado, la cual se debe pre-calentar a 36°, debe estar operativa y contar con sensor de temperatura y oxígeno; el doce punto cinco por ciento (12,5%) lo considera Bueno, mientras la alternativa Deficiente tiene el doce punto cinco por ciento (12,5%) también. Así mismo, el sesenta y dos punto cinco por ciento (62,5%) opina que el equipo de reanimación es Excelente, el veinticinco por ciento (25%) opina que es Regular y el doce punto cinco por ciento (12,5%) opina que es Bueno.

En referencia a la documentación, cincuenta por ciento (50%) selecciona la alternativa Excelente en la inclusión de la historia clínica, veinticinco por ciento (25%) selecciona la alternativa Regular y doce punto cinco por ciento (12,5%) selecciona la alternativa Irrelevante. Por tanto se refleja que algunas opiniones de expertos concuerda con el modelo de Alonso (2017) quien no incluye historia clínica en su propuesta. Seguidamente en cuanto a la manilla de identificación, podograma de nacimiento, evolución de Enfermería y referencia de indicación de traslado, el sesenta y dos punto cinco por ciento (62,5%) considera que es Excelente contar con estos documentos a la hora del traslado, mientras que el treinta y siete punto cinco por ciento (37,5%) considera que es Bueno. En relación al consentimiento informado el

cincuenta por ciento (50%) opina que es Excelente y el cincuenta por ciento (50%) restante, que es Bueno. Por su parte la comunicación interhospitalaria es Excelente para el setenta y cinco por ciento (75%) de los expertos, sin embargo para el otro veinticinco por ciento (25%) es Bueno. Finalmente el sesenta y dos punto cinco por ciento (62,5%) de los expertos consideran Excelente proporcionar soporte emocional e información al familiar acompañante del neonato durante el traslado y treinta y siete punto cinco por ciento (37,5%) considera que es Bueno.

Así pues, la evidencia obtenida concuerda con la opinión de Iglesias y Castañón (2016) quienes establece que en el equipo la incubadora y la medicación para la reanimación cardiopulmonar son esenciales, así como una documentación completa que incluya consentimiento informado, motivo de traslado y un registro de constantes e incidencia ocurridas en las atapas del traslado. Así mismo en cuanto a comunicación los autores consideran que es un “punto clave en un sistema de traslado” (p. 167)

Tabla 4. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Indicador: Etapa de estabilización y transferencia al vehículo.

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13. Asegurar vía área permeable.	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
14. Garantizar normotermia	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
15. Evaluar perfusión tisular: llenado capilar <2segundos, y garantizar acceso vascular	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
16. Valorar signos de hipoglicemia neonatal	-	-	-	-	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100
17. Administración de medicación indicada por el médico.	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100
18. Transferencia de neonato a la ambulancia, con el mínimo de movimientos.	-	-	-	-	1	12,5	3	62,5	4	50	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

La siguiente tabla N° 4 establece las pautas para la estabilización del neonato y la transferencia al vehículo, de allí que el setenta y cinco por ciento (75%) de los validadores seleccionaron la opción Excelente en asegurar vía área permeable, garantizar normotermia y evaluar perfusión tisular, así como el veinticinco por ciento (25%) se inclinaron hacia la opción Bueno. En cuanto a la valoración de signos de hipoglicemia neonatal el sesenta y dos punto cinco por ciento (62,5%) opinaron que es Excelente y el treinta y siete punto cinco por ciento (37,5%) opinaron que es Bueno. En este mismo orden, la administración de medicación indicada por el médico es considerada como Excelente para el setenta y cinco por ciento (75%) y Bueno para el veinticinco por ciento (25%) y en relación a la transferencia del neonato a la ambulancia con el mínimo de movimientos el cincuenta por ciento (50%) piensa que

es Excelente, el sesenta y dos punto cinco (62,5%) que es Bueno y el doce punto cinco por ciento (12,5%) que es Regular.

Los resultados obtenidos son comparables con las conclusiones a las que llega Garcia y Hoenicka (2012) y Gómez (2019) quienes plantean que las complicaciones neonatales asociadas al traslado pueden ser prevenidas si el neonato es sometido a una estabilización previa, por tanto el conocimiento de la patología del neonato, así como la experiencia en el tratamiento, la orientación integral e interdisciplinaria en el manejo de la estabilización van a permitir el descenso importante de la mortalidad neonatal.

Tabla 5. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Indicador: Etapa de traslado al IAHULA

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
19. Verificar que la incubadora esté asegurada dentro de la ambulancia	-	-	-	-	1	12,5	-	-	7	87,5	8	100
20. Garantizar normotermia, vía aérea, posicionamiento, medidas de seguridad	-	-	-	-	-	-	1	12,5	7	87,5	8	100
21. La ambulancia deberá ir a una velocidad no mayor de 90km/h evitando las aceleraciones y desaceleraciones bruscas.	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

Tabla 5. (Cont.) Evaluación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.
Indicador: Etapa de traslado al IAHULA

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
22. Monitorizar periódicamente frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura tanto del neonato como de la incubadora.	-	-	-	-	-	-	2	25	6	75	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En la etapa traslado al IAHULA la tabla N° 5 evidencia los siguientes resultados, en relación a verificar que la incubadora esté asegurada dentro de la ambulancia y Garantizar normotermia, vía aérea, posicionamiento y medidas de seguridad, el ochenta y siete punto cinco por ciento (87,5%) de los validadores marcan la opción Excelente y el doce punto cinco por ciento (12,5%) marcan la opción Bueno. Así mismo, el setenta y cinco por ciento (75%) considera Excelente que La ambulancia vaya a una velocidad no mayor de 90km/h y que se monitoree periódicamente frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura tanto del neonato como de la incubadora y el veinticinco por ciento (25%) considera lo anteriormente expuesto como Bueno.

En este sentido, tal como los validadores, el Ministerio de Salud Argentina (2012) también considera que en el traslado interhospitalario no sólo es importante realizar un cuidadoso monitoreo durante el traslado, procurando siempre la seguridad del paciente y una calidad de atención optima mediante el mantenimiento de la salud, sino también, evitar accidentes por lo que recomienda respetar los límites de velocidad y usar buenos sistemas de fijación para el equipamiento.

Tabla 6. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Indicador: Etapa de entrega del neonato al IAHULA

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23. Neonato que ingresa solo o con la madre de procedencia extrahospitalaria o interinstitucional, en sus primeras TRES HORAS de vida, deberá ser ingresado por Sala de Parto con el fin de agilizar información y dar cumplimiento al llenado de la historia clínica. Una vez recibido el neonato por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría se canalizará su traslado a la Unidad de bajo riesgo neonatal UBRN o Unidad de Alto riesgo Neonatal UARN según sea el caso.	-	-	-	-	-	-	4	50	4	50	8	100
24. Neonato mayor de TRES HORAS de nacido y hasta los 28 días de vida postnatal, deberá ser ingresado por la Emergencia Pediátrica, bajo previa evaluación de condiciones clínicas y factores de riesgo por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría se canalizará su traslado a la Unidad de bajo riesgo neonatal UBRN o Unidad de Alto riesgo Neonatal UARN según sea el caso.	-	-	-	-	-	-	4	50	4	50	8	100

25. Realizar la entrega de la documentación al personal que recibe y el registro de constantes vitales durante el traslado y condiciones en las que llega al centro receptor. - - - - - 4 50 4 50 8 100

26. Colaborar con la estabilización del neonato, si amerita. - - - - - 4 50 4 50 8 100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

En la tabla N° 6 el cincuenta por ciento (50%) de los validadores establece que es Excelente que el Neonato que ingrese solo o con la madre de procedencia extrahospitalaria o interinstitucional, en sus primeras tres (3) horas de vida, sea ingresado por sala de parto y que el neonato que tenga más de tres (3) horas de nacido y hasta los 28 días de vida postnatal, sea ingresado por la emergencia pediátrica, el otro cincuenta por ciento (50%) consideran que es Bueno. Seguidamente, también para el cincuenta por ciento (50%) es Excelente realizar la entrega de la documentación al personal que recibe y colaborar con la estabilización del neonato, si amerita y para el otro cincuenta por ciento (50%) es Bueno.

En relación a lo anterior expuesto, el ítems 23 y 24 forman parte de los criterios de ingreso al Servicio de Neonatología (Departamento de Puericultura y Pediatría) del IAHULA, quienes como institución norman el funcionamiento del servicio, de allí que los validadores en su totalidad consideren pertinente dejar protocolarizado las áreas de ingreso, ya que gracias a esto se evitarán demoras en la atención recibida una vez que el recién nacido ha llegado a este centro médico.

Tabla 7. Validación de los ítems del protocolo de traslado Neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Indicador: Etapa de retorno a la operatividad del equipo de transporte.

Aspecto a Evaluar	Irrelevante		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
27. Documentar las observaciones emitidas por el centro receptor para mejorar la calidad de futuros traslados (contrareferencia)	-	-	-	-	2	25	-	-	6	75	8	100
28. Verificar que todo el recurso material que egreso del centro emisor regrese al mismo.	-	-	-	-	-	-	1	12,5	7	87,5	8	100
29. Una vez retornado al centro emisor, reacondicionar el equipamiento y reponer los materiales utilizados.	-	-	-	-	1	12,5	-	-	7	87,5	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

La tabla N° 7 corresponde a los resultados obtenidos en la etapa de retorno a la operatividad del equipo de transporte en la cual, documentar las observaciones emitidas por el centro receptor para mejorar la calidad de futuros traslados (contrareferencia) es considerado Excelente con un setenta y cinco por ciento (75%) y con un veinticinco por ciento (25%) Regular. De manera análoga, el verificar que todo el recurso material que egreso del centro emisor regrese al mismo es a criterio de los validadores, Excelente con un ochenta y siete punto cinco por ciento (87,5%) y Bueno con un doce punto cinco por ciento (12,5%), opinando finalmente el ochenta y siete punto cinco por ciento (87,5%) que es Excelente que una vez retornado al centro emisor, se debe reacondicionar el equipamiento y reponer los materiales utilizados, aunque para el doce punto cinco por ciento (12,5%) es Regular.

La inclusión de estos ítems están en concordancia con Iglesias y Castañón (2016) puesto que estos señalan que se debe revisar equipos e instrumental después de cada

traslado, para reponer y ordenar todo lo que se ha usado y dotar nuevamente al traslado de toda la complejidad que haga falta, para la entrega en el centro receptor en las mejores condiciones.

Tabla 8. Validación de la apariencia y contenido del protocolo de traslado neonatal interhospitalario IAHULA Mérida Venezuela.

Aspecto Evaluado	Excelente		Regular		Deficiente		No logrado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
30. El protocolo es claro y conciso,	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100
31. Redacción y Ortografía	6	75	2	25	-	-	-	-	8	100
32. Su representación diagramática permite la asimilación rápida de los conceptos.	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100
33. Su representación diagramática permite la asimilación de las etapas.	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100
34. El protocolo puede ser aplicado en todos los centros de menor complejidad.	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100
35. El lenguaje utilizado es comprensible para los profesionales de enfermería que lo utilizarán.	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100
36. Las intervenciones son basadas en evidencia científica	8	100	-	-	-	-	-	-	8	100

Fuente: Instrumento 2 de recolección de datos Salas y Suarez (2020).

Finalmente, en la tabla N° 8 el cien por ciento (100%) de los validadores consideran Excelente El protocolo, pues es claro y conciso, su representación diagramática permite la asimilación rápida de los conceptos, puede ser aplicado en todos los centros de menor complejidad y las intervenciones son basadas en evidencia científica. En tanto, el setenta y cinco por ciento (75%) considera que tiene Excelente redacción y ortografía, mientras que el veinticinco por ciento (25%) restante consideran este último aspecto como Regular.

En consecuencia estos resultados demuestran que la propuesta inicial del protocolo es aceptada, bajo las condiciones de aplicar los cambios de acuerdo a las observaciones realizadas por los validadores. Así mismo, el protocolo es considerado con un nivel de calidad adecuado y con un propósito específico, pues se ha creado a través de la unificación de criterios de los expertos de los centro de salud donde será aplicado.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a los objetivos planteados y a la información obtenida por medio del instrumento aplicado a los profesionales de la salud, surgen las siguientes conclusiones:

La descripción de las bases conceptuales para el protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario se realizó mediante la revisión sistemática de quince (15) literaturas y sitios web con evidencia científica, los cuales en su mayoría corresponden a manuales creados por organizaciones, manuales, documentos, artículos y guía.

Para el diseño de la propuesta del Protocolo se realizó en base a tres (3) literaturas, las cuales corresponden a manuales y estudios previos, estos sirvieron como base para la elaboración de una matriz de categorías y a su vez ésta última fue la base para la elaboración de las etapas del protocolo.

La evaluación de los ítems del protocolo se obtuvo como resultado de las observaciones de los miembros del equipo de salud con una tendencia hacia la categoría Excelente, así como también para la evaluación de la apariencia y el contenido.

1

2

Recomendaciones

Al equipo de salud en general de los distintos centros de salud de menor complejidad encargados de realizar traslados deben tener presente que los neonatos se benefician más con un traslado anticipado, organizado y coordinado que con uno que priorice la velocidad sobre la estabilización y el cuidado óptimos.

Al personal de enfermería que labora en el área neonatal se les insta a día a día seguir creciendo en pro de su desarrollo profesional y académico, a la discusión de casos y seguimiento de los traslados ejecutados en aras de mejorar la calidad, habilidad y destreza de sus cuidados basados en sustentos científicos.

A la directiva de los centros de salud del primer y segundo nivel de atención se les recomienda establecer protocolos de actuación para el traslado neonatal interhospitalario que faciliten y optimicen las intervenciones y cuidados al neonato, así como también impartir capacitación en el área neonatal al personal de Enfermería.

A los estudiantes de Enfermería se les invita a ahondar sobre esta propuesta de protocolo haciendo un estudio de su aplicabilidad y al mismo tiempo ampliar los estudios de la misma incluyendo las acciones que se deben seguir en el traslado de neonatos que presenten condiciones especiales.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Protocolo de Actuación de Enfermería en el traslado neonatal interhospitalario IAHULA-Mérida, octubre 2019-febrero 2020.



www.bdigital.ula.ve

Autores:
Salas Marielisa
Suárez Yusney

Universidad de los Andes
Escuela de Enfermería
Marzo 2020
Mérida - Venezuela

Diseño: Daniel Cariapa.

Validado por:

Dra. Elma Uzcategui

Dra. Janaika Machado

Dra. Marleny Suárez

Lic. Elys Suescum

Lic. Janet Salcedo

Lic. Lander Villamizar

Lic. Mary Ángulo

Lic. Mary Salas

Tutora:

Lic. Maraliz Roso

Asesores:

Lic. Flor Parra

Lic. Liliana Medina

Lic. Mary Valiente

Lic. Sandra Rivero

Lic. Yesenia Barrios



Introducción

El traslado interhospitalario es un proceso complejo en el cual se traslada un paciente que requiere atención especializada de una institución de salud de menor nivel de atención a otra institución de salud de mayor complejidad (atención terciaria), con ello se busca que el paciente reciba una atención oportuna que mejore su estado de salud. En este sentido, el traslado de un neonato, debe tomarse siempre como una emergencia y realizarse en el menor tiempo y de manera segura, para ello es necesario que los centros de menor complejidad cuenten con un protocolo de actuación y el mismo sea de conocimiento y ejecución de todo el personal ¹.

Así mismo, el traslado intrahospitalario comprende desde que se toma la decisión de trasladar, la valoración del neonato, la búsqueda de un hospital de atención especializada, el período de estabilización del neonato para que el traslado se realice sin comprometer su vida, las condiciones del medio de traslado y la admisión en el centro receptor. También es importante señalar que el éxito de un traslado está muy marcado por la organización y el cumplimiento estricto de todas las acciones antes, durante y después del mismo.

Como se afirma en el párrafo anterior, el éxito de un traslado es el resultado de un equipo organizado y del cumplimiento de las acciones, para ello es imprescindible que el personal esté capacitado, o se desenvuelva en el área de cuidado de neonatos, ello garantiza la detección precoz de complicaciones y una atención oportuna que se traduce en la calidad del cuidado y por ende la sobrevida del neonato.

En relación a lo expuesto, el siguiente protocolo comprende un conjunto de acciones de enfermería sistematizadas por etapas, las cuales van desde que se decide trasladar al neonato hasta el retorno del equipo de salud al centro emisor, con el fin de responder de manera oportuna, rápida y segura para la sobrevida del neonato.



Justificación

El nacimiento de un neonato enfermo o en riesgo de enfermar, a veces puede ser diagnosticado con anticipación, y si se dispone de tiempo suficiente se realiza el traslado *in útero* para posibilitar el parto en un centro de mayor complejidad. Sin embargo, algunos neonatos en condiciones de alto riesgo no son reconocidos de su condición sino hasta el momento del nacimiento, o la patología se desarrolla bruscamente o en los días posteriores al nacimiento, necesitando así una estabilización inmediata y un traslado de emergencia a un centro de salud de mayor complejidad que responda con las demandas del neonato.

Este protocolo de traslado neonatal interhospitalario es factible desde el punto de institucional y administrativo; busca mejorar la calidad de atención, la sobrevivencia de los neonatos y la satisfacción de los padres. La factibilidad teórica permite unificar criterios y conocimientos sustentados en bases científicas al momento de trasladar a un neonato, ofreciendo una metodología al facilitar un diagrama que permita comprender de manera rápida y precisa las acciones que se deben ejecutar cuando se presente una situación de traslado neonatal, con ello se espera que ninguna acción se pase por alto, en especial si se refiere a aspectos de estabilización previa del traslado, equipamiento básico y documentación.

Siguiendo el mismo orden de ideas, la comprensión rápida y precisa de un diagrama para una situación determinada, ayuda a todo el equipo a tener claras las actividades que se realizarán, ejecutando estas de forma sistematizada y por consiguiente se evita la pérdida de tiempo, pues en los neonatos cada minuto es vital y repercute en el agravamiento de su condición.

Para finalizar, un traslado adecuado es determinante en la sobrevivencia y calidad de vida posterior del neonato; por lo que la coordinación entre el hospital que deriva,



equipo de traslado y el hospital receptor es de vital importancia. El siguiente protocolo está dirigido a todos aquellos centros de salud de menor complejidad (nivel de atención primaria y secundaria) del estado Mérida y poblaciones aledañas que refieren neonatos al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) por ser éste el único centro de salud de nivel terciario en la zona.

Misión

A través del presente protocolo se espera lograr un traslado de neonato oportuno, eficaz y de calidad, para su asistencia y tratamiento en centros de mayor complejidad, todo ello establecido mediante un conjunto de acciones bien definidas que debe realizar el enfermero capacitado en el área y así garantizar la sobrevida del neonato sin mayor complicación.

Visión

Ser el protocolo de traslado neonatal de referencia en el estado Mérida, aplicable a todos los centros de salud de menor nivel o nivel secundario que remitan sus neonatos al IAHULA con el fin de mejorar la sobrevida sin el menor daño de manera eficaz, oportuna y segura.

Objetivo General:

Unificar criterios en los centros de salud de menor y mayor complejidad para que los traslados neonatales interhospitalarios se realicen de manera sistemática y así garantizar la continuidad de los cuidados enfermeros y la sobrevida de los neonatos que se someten a un traslado.



Objetivos Específicos:

- ✓ Especificar las intervenciones y cuidados que lleva a cabo el profesional de enfermería en cada una de las etapas del traslado neonatal.
- ✓ Orientar el cuidado enfermero hacia una atención eficiente al, neonato y su familia fundamentado en los valores técnicos, científicos, humanos y éticos.

Campo de Aplicación

Centros de salud de menor complejidad (primer y segundo nivel de atención) del estado Mérida y poblaciones aledañas donde se asisten partos y se da atención al recién nacido de bajo riesgo que refieren neonatos al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Población Objeto

Recién nacidos hasta los 28 días de edad que se encuentre en un establecimiento de atención primaria y necesiten ser trasladados al IAHULA para recibir atención neonatal especializada.

Descripción de las Etapas.

A continuación, se describen detalladamente las etapas del protocolo de Actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario.



ETAPA PRE TRASLADO

Indicaciones para el traslado²:

- Dificultad Respiratoria
- Apnea persistente
- Bradicardia
- Asfixia perinatal
- EG menor de 36 semanas + 6 día o peso al nacer menor a 1800g o mayor de 4500g
- Convulsiones neonatales.
- Patología quirúrgica
- Sospecha de infección (sepsis, meningitis) o de shock. Partos extrahospitalarios de manera no estéril.
- Trastornos metabólicos
- Sospecha de cardiopatías congénitas.
- Depresión neonatal severa.
- Hijo de Rh-. Sensibilizada.
- Hijo de madre con eclampsia, síndrome de Hellp.
- Malformaciones congénitas

Recurso Humano capacitado:

La composición del personal encargado del traslado es realmente variable pues va a depender de la disponibilidad y estándares profesiones del centro de salud emisor, de los recursos y del nivel de capacitación del equipo de salud. Sin embargo, el equipo de traslado debería estar conformado por:

- **Médico pediatra o en su defecto médico de guardia:** indicará las medidas terapéuticas a adoptar con el paciente, registrando todo lo realizado. Confeccionara la referencia del Traslado y completará el papeleo de rigor que



fuese necesario con fines administrativos y de registro. Además, se encargará de evaluar que el móvil cuente con el equipamiento e insumos necesarios y se encuentre en condiciones operativa³.

- **Enfermera del área Neonatal o en su defecto enfermera titulada:** se encargará de evaluar que el móvil cuente con el equipamiento e insumos necesarios y se encuentre operativa, se asegurará que se establezca la comunicación entre centros hospitalarios, repondrá medicación, implementara medidas terapéuticas y asistenciales, garantizará el monitoreo de las constantes vitales del neonato, hará los registros correspondientes (las funciones son detalladas en cada etapa).
- **Camillero:** se encargará de la transferencia del neonato en la incubadora al vehículo, y del vehículo al centro receptor. Se asegurará de que el paciente se encuentre siempre en el lugar adecuado y seguro. Colaborará en lo que sea necesario. Y deberá tener conocimientos sobre Reanimación Cardio-pulmonar Neonatal Básico.
- **Chofer de Ambulancia:** controlará, evaluará y comprobará todo lo concerniente a la ambulancia y su manejo. Deberá tener conocimientos sobre Reanimación Cardio-pulmonar Neonatal Básico.

Transporte terrestre:

- **Ambulancia:** esta debe estar en condiciones óptimas, es decir, debe haber pasado por las revisiones mecánicas que garanticen operatividad y seguridad. Debe contar con espacio adecuado para equipos médicos y personas que realizan el traslado, al igual que debe tener adecuados sistemas de fijación de estructuras como anclaje para la incubadora con sistema neumático para su ascenso y descenso³. También debe contar con fuente independiente de energía y tomas de corriente para conectar equipos o recargar los de baterías de incubadora, monitores, etc. debe contar con soportes para bombas de infusión, respirador y calentador humidificador, suministro de gases.



Equipamiento para el traslado:

- **Material básico:** estetoscopio, termómetro, glucómetro y tiras reactivas, sistema de aspiración portátil, sondas de aspiración n° 5, 8 y 10, cámara cefálica, conexión para oxígeno, humidificador, máscara, cánula nasal, microgotero, catéter periférico 24G, equipo de venoclisis y llave de tres pasos jeringas de diferentes tamaños, gasas, algodón, guantes estériles, adhesivo.
- **Incubadora de traslado:** pre-calentar a 36°, operativa, con sensor de temperatura, monitor cardiohemodinámico portátil, deberá permitir visibilidad, un adecuado acceso al neonato y mantener la temperatura ambiente constante, manta térmica. Además, se debe contar con un nido pues éste garantiza una mayor estabilidad y protección al neonato dentro de la incubadora durante el traslado. La mejor alternativa para el traslado es la posición canguro, en contacto piel a piel con la madre / el padre, cuidador significativo o el personal de salud, si el estado clínico del neonato lo permite⁴.
- **Equipo de reanimación:** laringoscopio de hoja recta número 00,0 y 1, Tubo endotraqueal sin balón y de un rango de 2 a 3.5, bolsa autoinflable neonatal, bombona de oxígeno cargada o suministro portátil de oxígeno, oxímetro de pulso portátil.
- **Drogas de reanimación:** Adrenalina (Epinefrina), gluconato de calcio, bicarbonato de sodio.
- **Soluciones:** Dextrosa al 5% y 10%, Solución 0.9%

Documentación:

- **Manilla de identificación:** es el método con el que se identifica al neonato, el cual lleva escrito el nombre de la madre, nombre y apellido del recién nacido, la fecha y la hora de nacimiento, debe ir sujeta en la mano y pie, previniendo el extravío de una de ellas.



- **Podograma de Nacimiento o certificado de nacimiento:** corresponde a aquel documento en el que se hace constar los datos básicos del nacimiento del neonato: nombre del RN, sexo, fecha y hora de nacimiento, peso, talla, perímetros, personal que asistió el parto, número de certificado de nacimiento, huellas del recién nacido y huellas de la madre.
- **Consentimiento informado:** se debe contar con un modelo de Consentimiento Informado para el Traslado que deberá ser firmado por uno o ambos padres, en caso de que estos no puedan acompañar al neonato durante el traslado.
- **Evolución de Enfermería:** documento legal que hace parte de la historia clínica, en el cual debe ir descrito cronológicamente la evolución del estado de salud del neonato, así como las intervenciones realizadas de forma detallada.
- **Referencia de indicación de traslado:** documento médico legal que hace constar que los prestadores de salud enviarán al recién nacido a un centro de mayor nivel. La cual debe estar constituida principalmente por los datos del neonato: nombre, medidas antropométricas, edad gestacional, antecedentes familiares, perinatales, test de Apgar, evolución de Enfermería y motivo de traslado.

Comunicación Interhospitalaria

Se debe garantizar la comunicación entre los centros de salud y documentar la misma. La comunicación debe ser fluida procurando contar con una línea telefónica, para la recepción y salida de llamadas de aquellos que solicitan el traslado lo que permite mantener la comunicación entre el equipo de traslado y el centro receptor, el cual debe estar ya prevenido de las condiciones en que va a arribar el paciente.



Proporcionar soporte emocional e información al familiar acompañante del neonato durante el traslado

Por las condiciones clínicas del recién nacido se produce una separación que puede afectar el vínculo paterno filial que normalmente ocurre entre el bebé y sus padres. Sin embargo, este contacto inicial se puede fomentar permitiendo un mínimo contacto con el recién nacido, o a través de la participación de los familiares o brindando adecuada información sobre el estado del niño. Por tanto, es imprescindible comunicar a los padres el estado clínico del bebé y cuáles son los motivos por los que debe ser trasladado, lo que incluye el diagnóstico, el plan de traslado, las posibilidades de tratamiento, los beneficios y posibles complicaciones que puede generar el traslado, además se deberá informar a los familiares que acompañaron al recién nacido durante el traslado acerca de las condiciones del paciente a su arribo al nuevo centro de atención. Eso tranquiliza a los padres y genera una relación de confianza mutua lo que ayuda a que el traslado se desarrolle de forma adecuada. La madre en especial necesitará apoyo afectivo, motivación e información y a su vez se evita la ansiedad o temor por desinformación.

ETAPA DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA AL VEHÍCULO

Estabilización del Neonato

Un neonato en condiciones clínicas estables es el requerimiento primordial para un traslado exitoso, por tanto, cualquiera que sea el motivo del traslado se debe garantizar la estabilización de los signos vitales y aquellas condiciones que pudiesen comprometer la vida del neonato.



- **Asegurar vía área permeable**

Identificar presencia de secreciones y confirmar por auscultación si está entrando aire libremente a los pulmones. Administrar oxígeno húmedo y tibio a 5 Litros por minuto, por halo cefálico, cánula nasal o mascarilla, monitorizar saturación de oxígeno.

- **Garantizar normotermia**

Se debe monitorizar la temperatura corporal para evitar hipotermia. Los neonatos prematuros y algunas patologías los hacen más susceptibles a la hipotermia, por lo que se debe cuidar correctamente la termorregulación y mantener en 36,5-37°C, es decir se debe garantizar un Ambiente térmico según necesidades de neonato.

- **Evaluar perfusión tisular**

Se debe garantizar acceso vascular, es decir la cateterización de una vía periférica. Debe haber llenado capilar <2 segundos y pulsos periféricos presentes, si el llenado capilar es > a 2 segundos, se debe evaluar temperatura y signos de shock.⁵ Es importante identificar los signos de shock en el neonato los cuales son: Taquicardia, hipotensión, pulsos periféricos débiles o ausentes, palidez, acrocianosis, extremidades frías, oliguria.³

- **Valorar signos de hipoglicemia neonatal**

El valor de la glicemia capilar debe estar entre 45mg/dl – 120 mg/dl. Existen condiciones en el neonato que incrementan la posibilidad de presentar hipoglucemia como lo son: prematuridad o posmadurez, bajo peso para la EG, peso elevado para la EG, hijo de madre diabética, hipotermia, sufrimiento fetal, síndrome de dificultad respiratoria y ayuno prolongado. Es importante identificar los signos de hipoglicemia neonatal los cuales son: Hipotonía, temblores, irritabilidad, letargia, convulsiones, succión y llanto débil, apnea, taquipnea, taquicardia, sudoración fría, inestabilidad



térmica. Es imperativo resaltar que estas manifestaciones clínicas se asemejan a otras patologías por ello es necesario realizar control de glicemia capilar ante sospecha.⁶

- **Administración de medicación**

Cumplir con la indicación médica en caso de existir infección, convulsión u otras patologías asociadas.

Transferencia de neonato a la ambulancia con el mínimo de movimientos

Para el posicionamiento adecuado del neonato dentro de la incubadora se utiliza un nido, con el fin de garantizar la posición flexionada del neonato, este debe ir en decúbito lateral y en postura de flexión⁴. A su vez, para transferir al recién nacido al vehículo se deben tomar todas las medidas necesarias para protegerlo: evitar principalmente corrientes de aire, evitar luz brillante directa sobre el neonato, para ello cubrir la incubadora con mantas de color suave. Evitar golpear la incubadora.

ETAPA DE TRASLADO AL IAHULA

Verificar que la incubadora esté asegurada dentro de la ambulancia

Se debe procurar la máxima inmovilización de la incubadora durante el trayecto; para que el neonato perciba mínimamente los cambios en las velocidades, aceleraciones y desaceleraciones. Es importante resaltar que el neonato debe ir posicionado de frente a la enfermera o médico, de esta manera se valora con más facilidad las condiciones del neonato y si presenta cambios en su estado. Se debe evitar la luz brillante directa sobre el neonato y ruidos altos como: hablar en voz alta, risotadas y encender radios cerca de la incubadora.⁴



Garantizar normotermia, vía aérea, posicionamiento, medidas de seguridad

Durante todo el traslado el personal de velar por minimizar riesgos y complicaciones que comprometan la vida del neonato. Para ello debe estar atento al funcionamiento y sujeción de la incubadora, posición del neonato.

La ambulancia deberá ir a una velocidad no mayor de 90km/h

La intención es realizar un traslado evitando las aceleraciones y desaceleraciones bruscas y los saltos que son peligrosos para el recién nacido y pueden provocar hemorragia intracraneana.⁶

Monitorizar periódicamente frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura tanto del niño como de la incubadora

El profesional de enfermería debe garantizar la monitorización íntegra del paciente para observar constantemente los signos vitales y ejecutar acciones oportunas en caso de que surjan complicaciones o deterioro clínico en el trayecto. En caso de que el paciente se manifieste con signos y síntomas de complicación, el personal de enfermería debe asistir al médico.



ETAPA DE ENTREGA DEL NEONATO AL IAHULA

Criterio de ingreso por Sala de Partos

Neonato que ingresa solo o con la madre de procedencia extrahospitalaria o interinstitucional, en sus primeras tres horas de vida, deberá ser ingresado por Sala de Parto con el fin de agilizar información y dar cumplimiento al llenado de la historia clínica. Una vez recibido el neonato por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría se canalizará su traslado al Servicio de Neonatología para ser ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal UTIN o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN según sea el caso⁷.

Criterio de ingreso por Emergencia Pediátrica

Neonato mayor de tres horas de nacido y hasta los 28 días de vida postnatal, deberá ser ingresado por la emergencia pediátrica, en donde se realiza el registro en los libros de esa área y bajo previa evaluación de condiciones clínicas y factores de riesgo por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría se canalizará su traslado al Servicio de Neonatología para ser ingresado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal UTIN o Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN según sea el caso⁷.

Realizar la entrega de la documentación al personal que recibe y el registro de constantes vitales durante el traslado y condiciones en las que llega al centro receptor.

Colaborar con la estabilización del neonato, si amerita.

En caso de que exista déficit de personal en el centro receptor.



ETAPA RETORNO A LA OPERATIVIDAD DEL EQUIPO DE TRANSPORTE

Documentar las observaciones emitidas por el centro receptor para mejorar la calidad de futuros traslados (contrarreferencia): es importante realizar retroalimentación del traslado la cual debe ir sustentada en las condiciones en las que es recibido el neonato.

Verificar que todos los equipos médicos utilizados para el traslado sean devueltos al centro emisor: con el fin de evitar extravíos, y la preservación de los recursos materiales con los que cuenta el centro de salud.

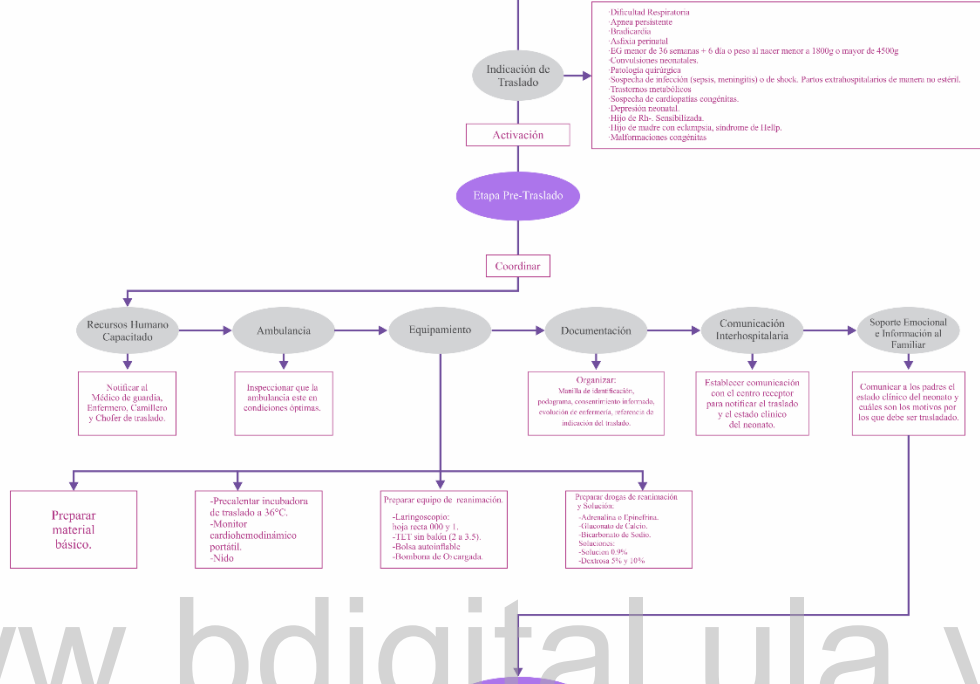
Una vez retornado al centro emisor, reacondicionar el equipamiento y reponer los materiales utilizados: para que, los materiales y equipos estén ya preparados para el siguiente traslado y así evitar perder tiempo en el equipamiento de la misma en una emergencia.

Anexos

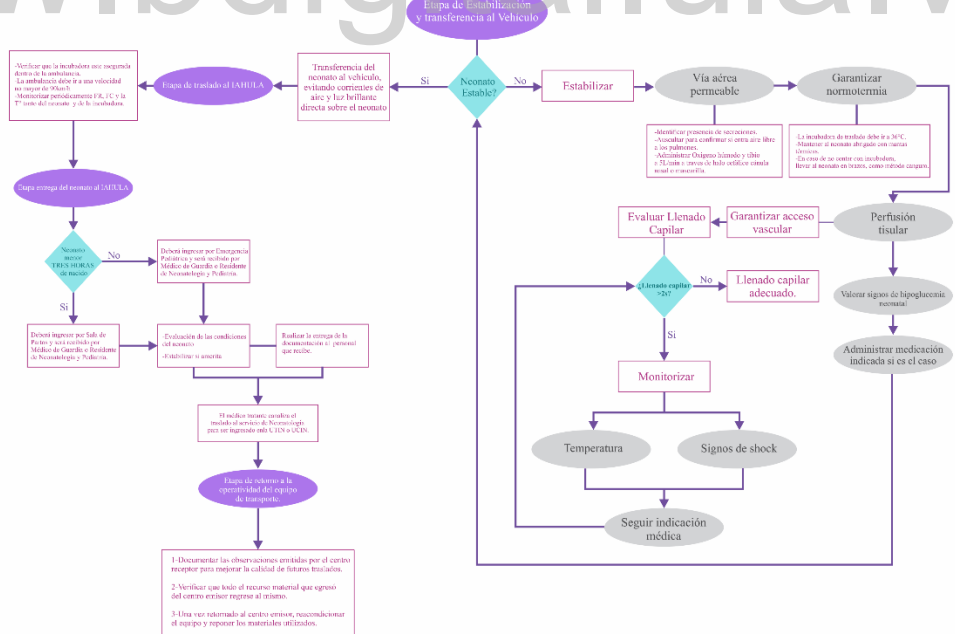
www.bdigital.ula.ve



Protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario



www.bdigital.ula.ve



Referencias Bibliográficas

1. Castro, F. Neonatología temas para enfermería. (2011).
2. Alonso, Y. *traslado neonatal. propuesta protocolo de enfermería de traslado neonatal para el CAUP*. (2017).
3. Ministerio de Salud Argentina. *Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal*. Obtenido de Argentina: Ministerio de Salud. (2012).
Obtenido de
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000175cnt-n01-traslado%20neonatal.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). Manual de Atención Neonatal (Segunda ed.). La Asunción, Paraguay.
5. Ministerio del Poder Popular Para la Salud. *Protocolos De Atención Integral En Salud a Niños y Niñas en Periodo Neonatal*. (2013).
6. Fernando, S., Repetto M., Mario M. *Estabilización y traslado neonatal. Guía para la asistencia del recién nacido*. (2012). Obtenido de
<https://jalkiso.com/neonat/wp-content/uploads/2017/04/Traslado-neonatal-Final.pdf>
7. Departamento de Puericultura y Pediatría. “Criterios de ingreso a la Unidad De Alto Riesgo Neonatal”. Servicio de Neonatología “Dr. José de Jesús Avendaño” IAHUL

Referencias Bibliográficas

- Alcaide, J., De Andres, G., Arias , B., Diaz, I., & Ma. , M. (2012). Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. (M. D. Salud., Ed.) Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf>
- Alonso, Y. (junio de 2017). traslado neonatal. propuesta protocolo de enfermería de traslado neonatal para el CAUPA.
- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Caracas, Venezuela: 6° ed. EPISTEME CA.
- Barry, P., & Ralston, C. (1994). Adverse Event Occurring During Interhospital Transfer Of The Critically Ill. 71(1).
- Brandstrup, K., García, M., Abecasis, F., Daussac, E., & Millán, N. (mayo de 2016). Transporte interhospitalario especializado y pediátrico. Gestion de recursos. Protocolo de activación de una unidad especializada. Revista Española de Pediatría, 72, 3-8.
- Cassali , M., Brianso, B., & Salas, D. (1998). Transporte neonatal en costa rica.
- Castro, F., & Urbina, O. (2007). Manual de Enfermería en neonatología. Habana: Ecimed.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial Nro 36.860, (Extraordinario) 30 de diciembre de 1999.
- (2008). Código Deontológico de los profesionales de Enfermeras de la República Bolivariana de Venezuela. Distrito Capital bajo el Numero 12: Protocolo de la Federación de Colegios de Profesionales de enfermería de la República Bolivariana de Venezuela.
- Departamento de Puericultura y Pediatría. (s.f.). Criterios de ingreso a la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. (IAHULA, Ed.) Servicio de Neonatología "Dr. José de Jesús Avendaño".
- Dirección de Vigilancia Epidemiológica MPPS. (2016). Situación Epidemiológica Nacional. Semana Epidemiológica N° 52. Obtenido de <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf>

Garcia, M., Hoenicka, M. (2012). Procedimiento para el traslado inter-hospitalario del neonato.

Gomez, D. C. (2019). Condiciones hemodinámicas y complicaciones asociadas al transporte neonatal de pacientes transferidos a la neonatología del Hospital de los Valles, desde enero 2015 hasta diciembre de 2017, y propuesta de protocolo de transporte neonatal. Quito: Universidad de San Francisco de Quito USFQ.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2014). Metodología de la Investigación. México.: Editorial McGraw Hill Interamericana.

Hurtado, J. (2000). Metodología de la investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia. Caracas: Fundación Sypal.

Iglesias, A., Castañón, L. (2006). Protocolos de Neonatología. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León, 46, 166-171. Obtenido de https://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_166-171.pdf

Ley Orgánica de Salud. (1998). Congreso de la República de Venezuela Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998.

Ley orgánica para la protección de niños niñas y adolescentes. (2007). Caracas, Venezuela: Gaceta oficial 5.859 (Extraordinaria).

López, N. (2002). Construcción de protocolos para los cuidados de enfermería.

Lovera, L. (2014). Calidad del transporte neonatal en el Valle de Cauca: un reto para la salud. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46066/47676>

Marsinyach, M. (2012). Fundamentos para la creación y control de calidad de un sistema de transporte neonatal especializado.

Martínez, R., López, L., Rodríguez, D., De La Torre, M. (2011). Safe neonatal transport in the state of Jalisco: impact of the S.T.A.B.L.E. Mexico Jalisco: Program on morbidity and mortality.

Ministerio de Salud Argentina. (2012). Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal. Obtenido de Argentina: Ministerio de Salud.:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000175cnt-n01-traslado%20neonatal.pdf>

Ministerio del Poder Popular Para la Salud. (2013). Protocolos De Atención Integral En Salud a Niños y Niñas en Periodo Neonatal.

Ministerio Poder Popular para la Salud. (2013). Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Caracas: OPS/OMS/UNICEF/UNFPA: Decreto Ministerial N° 364 publicado en Gaceta Oficial N° 37.705 2013.

Morillo, A., Thio , M., Alarcon, A., Esqué, M. T. (2008). Transporte Neonatal. Asociación Española de Pediatría, 9-19. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1_1.pdf

Naciones Unidas. (2013). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Obtenido de <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>

Niermeyer, S., Domek, G. (2016). Transporte neonatal en el entorno de los países en desarrollo; revisión sistemática.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.

Registros de Salud Pediatría IAHULA. (2019). Estadísticas de pacientes referidos P-28. Mérida.

Ribadeneira, A., Cañaverl, K. (2017). Morbilidad y Mortalidad del programa de transportal neonatal S.T.A.B.L.E en el Hospital Pablo Arturo Suarez-Hospital Gineco-obstetrico Luz Elena Arismendi Nueva Aurora y Hospital Luis G. Davila Tulcan. De Marzo a Mayo 2017. Pontifica Universidad Catolica del Ecuador. Facultad de Medicina, Quito-Ecuador.

Rubio , M., Arriola, G., Blazquez, B., Pangua, M., Ortigado. (2015). Transporte interhospitalario pediátrico y neonatal en un hospital secundario. 73(11).

Valdés, M. (s/f). Importancia de la inclusión de los protocolos de enfermería para la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud. Revista IntraMed Journal, 7(1), 1-10.

Anexos

www.bdigital.ula.ve



Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Estimado(a): Lic. Yesenia Barrios

Presente:

Se le agradece en calidad de especialista su colaboración para los efectos de la validación del presente cuestionario, del trabajo de investigación titulado: **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA MÈRIDA. OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020**, el cual será presentado como requisito para obtención del grado de Licenciados (as) en Enfermería, sustentado en que es esencial que el profesional identifique y realice los protocolos necesario y correcto en la atención inmediata al recién nacido.

Dada su capacidad y experiencia profesional, sus observaciones serán de beneficio y utilidad para el desarrollo de la investigación. Se anexa formato para la validación del instrumento, objetivos, variables y cuestionarios, así como también la metodología utilizada. **Su aporte académico consiste el establecer los instrumentos de Revisión Sistemática de la Literatura, y los de Validación de ítems del Protocolo y Validación del protocolo, pueden ser utilizados por los Expertos para evaluar la propuesta de protocolo.**

Los Autores.

Salas Avendaño Marielisa

Suarez Sanchez Yusney Kaireth

www.bdigital.ula.ve

País, Autor y año	Ministerios de Salud Argentina (2012)	Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezuela (2013)	Alonso, Y. (2017)	Salas, M & Suarez, Y. (2019)
Título	Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal.	Protocolos de atención integral en salud a niñas y niños en el periodo neonatal	Traslado Neonatal. Propuesta de protocolo de Enfermería de traslado neonatal para el CAUPA.	Protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario, IAHULA-Mérida, octubre 2019 - febrero 2020.

www.bdigital.ula.ve

Indicaciones para traslado	No específica.	No establecen una lista de condiciones neonatales específicas, sin embargo, señala que se debe hacer un examen físico minucioso para determinar la gravedad de la patología del RN, y evaluar al apgar al primer minuto, a los 5 minutos, y repetir a los 10.	<ul style="list-style-type: none"> -Distrés respiratorio -Apneas persistentes y/o bradicardias -Asfixia perinatal grave -EG menor de 34 semanas o peso al nacer menor a 2000g -Convulsiones neonatales. -Enfermedades quirúrgicas -Sospecha de infección (sepsis, meningitis) o de shock -Trastornos metabólicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad Respiratoria -Apnea persistente -Bradicardia -Asfixia perinatal -EG menor de 36 semanas + 6 día o peso al nacer menor a 1800g o mayor de 4500g -Convulsiones neonatales. -Patología quirúrgica -Sospecha de infección (sepsis, meningitis) o de shock. Partos extrahospitalarios de manera no estéril. -Trastornos metabólicos -Sospecha de cardiopatías congénitas. -Depresión neonatal severa. -Hijo de Rh-. Sensibilizada. -Hijo de madre con eclampsia, síndrome de Hellp. -Malformaciones congénitas
Tipo de transporte Interhospitalario	Ambulancia terrestre, helicóptero y avión.	Ambulancia terrestre, helicóptero y avión.	Ambulancia terrestre, helicóptero y avión.	Transporte terrestre: ambulancia en condiciones óptimas.
	-Médico Coordinador de Traslados	Un médico Una enfermera	-Pediatra. -Diplomado en	-Médico pediatra o médico de guardia.

Personal de Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Médico de Guardia de Traslados -Enfermera de Guardia de Traslados -Chofer de Traslados -Asistente Administrativo 		Enfermería especializado en neonatología. - Técnico Sanitario (conductor).	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera del área neonatal -Camillero -Chofer de ambulancia
Estabilización previa al traslado.	Establece la estabilización de los signos vitales en orden prioritario: Estabilización de Temperatura Circulación y manejo de líquidos. Estabilización de la ventilación y manejo de la vía aérea.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar perfusión tisular: garantizar acceso vascular asegurarse que la vía aérea esta permeable -Mantener glicemia entre 60 y 120 miligramos/decilitro - Mantener temperatura axilar entre 36,5°C - 37,5 °C -Mantener oxigenación adecuada. Evaluar si presenta dificultad respiratoria moderada o severa (Puntuación Silverman) -Si se sospecha de infección, iniciar antibióticos. -Si el recién nacido presenta convulsiones, mantener la vía aérea permeable y ver la 	<p>El recién nacido estable es aquél que presenta una vía aérea permeable con adecuada ventilación, piel y mucosas sonrosadas, FC 120-160 por minuto, T^a axilar 36,5-37°C, parámetros metabólicos corregidos (glucemia, equilibrio ácido-base) y problemas especiales en tratamiento (hipotensión, neumotórax, infección, etc.)”.</p> <p>La fisiología y la patología de un neonato no es la misma que la de un niño o un adulto, Esto supone que la estabilización debe de ser individualizada aunque se tengan en cuentan los</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Asegurar vía área permeable. -Garantizar temperatura dentro de los parámetros normales. -Evaluar perfusión tisular. -Valorar signos de hipoglicemia neonatal -Administración de medicación según indicación médica en caso de existir infección convulsión u otras patologías.

		necesidad de administrar dextrosa o gluconato de calcio o el uso de anticonvulsionantes. Otros cuidados.	valores generales establecidos.	
Documentación	Señalan que es indispensable completar la Historia Clínica del traslado , en el cual deben figurar los antecedentes, las medidas de estabilización aplicadas, y el estado del paciente durante el traslado, consentimiento informado para el traslado que deberá ser firmado por uno o ambos padres o el tutor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del paciente y de los padres. 2. Edad gestacional y fecha de nacimiento del bebé. 3. Motivo de traslado. 4. Historia familiar, personal, obstétrica y perinatal materna. 5. Características del nacimiento. Complicaciones durante el trabajo de parto y postparto. 6. Reanimación. Detalles del procedimiento y causas. 7. APGAR al minuto y 5 minutos; además de a los 10, 15 y 20 minutos, si fuera necesario. 8. Datos antropométricos. 9. Complicaciones neonatales y conducta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos de identificación del paciente y del centro de nacimiento. 2. Antecedentes familiares y datos del padre y de la madre incluyendo grupo sanguíneo y antecedentes obstétricos. 3. Incidencias del embarazo actual y parto. 4. Test de Apgar, estado al nacimiento, somatometría, medidas terapéuticas y evolución hasta el momento del traslado 5. Motivo de traslado. 6. Consentimiento informado. 7. Documento de enfermería con: registro de constantes, medicación administrada por 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Manilla de Identificación 3. Podograma del recién nacido. 4. Consentimiento informado 5. Evolución de enfermería 6. Referencia de indicación del traslado

		<p>10. Signos vitales, glicemia, gasometría arterial, diuresis y densidad urinaria.</p> <p>11. Manifestaciones respiratorias: dificultad respiratoria (puntaje de Silverman), aporte de oxígeno y apoyo ventilatorio, si fue necesario, detallando sus características.</p> <p>12. Aporte de fluidos, electrolitos o medicamentos, detallando la razón, momento y dosis. Esto incluye las drogas de resucitación cardiopulmonar, surfactante y hemoderivados.</p> <p>13. Resultados de estudios realizados antes del traslado o recolección.</p>	<p>prescripción médica e incidencias durante el transporte.</p> <p>8. Estudios complementarios (ECG, Analíticas, etc.)</p>	
Fases o etapas del	No establece fases o etapas sino métodos, es una descripción general.	No establece fases o etapas sino métodos, -Método Rápido. -Método Avanzado. -Método combinado	1º fase: activación y preparación del traslado. 2ª fase: estabilización in situ y transferencia al vehículo de transporte.	-Etapa Pre traslado -Etapa estabilización y transferencia al vehículo.

TN		.	<p>3ª fase: transporte en el vehículo</p> <p>4ª fase: entrega del paciente y transferencia a la unidad u hospital receptor.</p> <p>5ª fase: retorno a la operatividad del equipo de transporte.</p>	<p>-Etapa traslado al IAHULA</p> <p>-Etapa entrega del neonato al IAHULA</p> <p>-Etapa retorno a la operatividad del equipo de transporte</p>
<p>Rol de Enfermería</p>	<p>-Evaluará que el móvil se encuentre en condiciones adecuadas de higiene, con el equipamiento e insumos necesarios y en condiciones óptimas para su utilización.</p> <p>- Repondrá la medicación faltante o cuya fecha de vencimiento esté cercana. Antes de cada traslado, es preciso tener, como mínimo, la cantidad de droga necesaria para administrar el tratamiento dos veces a un niño de 3 kg de peso.</p>	<p>No define.</p>	<p>-Observar que la ambulancia se encuentre en condiciones adecuadas de higiene, con el equipamiento y material necesarios, en condiciones óptimas para su utilización.</p> <p>-Equipar la ambulancia con la medicación necesaria.</p> <p>-Establecer comunicación con el centro receptor.</p>	<p>-Coordinar el traslado, organizando y acondicionando el equipamiento de la ambulancia.</p> <p>-Tomar medidas dentro de sus conocimientos y experiencia o según indicación médica, para la estabilización previo al traslado.</p> <p>-Garantizar acceso vascular, para la administración de drogas de reanimación, soluciones.</p> <p>-Establecer y documentar comunicación con el centro receptor.</p> <p>-Comunicar a la madre y</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de encontrar algo en mal estado operativo, le informará al Médico de Guardia de Traslados. - Verificará la carga de los cilindros de gases medicinales y el estado de los elementos de oxigenoterapia del móvil. -Implementará las medidas terapéuticas solicitadas por el Médico de Guardia -Registrará periódicamente los signos vitales del paciente, en virtud de su estado. - Dejará registro de todos los materiales descartables y toda la medicación utilizada, para reponerlos al finalizar el mismo. 			<p>familiares el lugar a donde se traslada y la causa.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Durante el traslado debe cerciorarse que el paciente se transporte con toda su identificación, manilla, historia clínica, etc. Además, deberá evaluar periódicamente los signos vitales del paciente, en virtud de su estado. -Participar en la entrega del neonato e informar los antecedentes e incidentes del traslado. -Al finalizar el traslado, deberá revisar y completar el equipo para otro posible traslado.
Equipamiento	<p>Incubadora de transporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirador de transporte neonatal-pediátrico. -Monitor multiparamétrico que 	<ul style="list-style-type: none"> -Incubadora o cuna térmica -Manta térmica o cojinetes para dar calor - Fuente de oxígeno 	<p>Clasifica el equipamiento en material fungible y no fungible y Líquidos y drogas, a través de listas detalladas.</p>	<p>-Incubadora de traslado: precalentar a 36°.</p> <p>Equipo Básico: estetoscopio, termómetro, glucómetro y tiras reactivas, sistema de</p>

	<p>registre: FC, FR, ECG, Tensión Arterial invasiva y no invasiva).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxímetro de pulso. - Monitor digital de temperatura. 10 litros por minuto. - Sistema de aspiración desde 25 cm de agua, regulable. - Bombas de infusión de bajo flujo: 0,1 mL/h, a alto flujo: 100 mL/h. - Tubos de aluminio portátiles de 50 psi de Oxígeno y de aire comprimido. - Analizador portátil de Glucosa en sangre. - Cardiodesfibrilador. - Drogas de resucitación. - Drogas para sedación, analgesia. - Drogas cardiovasculares. 	<p>húmedo y precalentado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laringoscopio y tubos traqueales - Sistema de aspiración - Sondas vesicales y de aspiración - Tubos de drenaje pleural o mediastínico - Sistema para cateterización de vía endovenosa central - Monitor de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura, oxímetro de pulso - Estetoscopio - Ventilador neonatal portátil - Bombas de infusión de líquidos endovenosos - Glucómetro - Fuente de luz sobre la incubadora - Termómetros y equipos de regulación de temperatura ambiental. -Fármacos. 		<p>aspiración portátil, sondas de aspiración n° 5, 8 y 10, cámara cefálica, conexión para oxígeno, humidificador, máscara, cánula nasal, microgotero, catéter periférico 24G, equipo para venoclisis, jeringas de diferentes tamaños, gasas, algodón, guantes estériles, adhesivo</p> <p>-Equipo de reanimación: laringoscopio de hoja recta número 00,0 y 1, tubo endotraqueal sin balón y de un rango de 2 a 3.5, bolsa autoinflable neonatal, bombona de oxígeno cargada o suministro portátil de oxígeno, oxímetro de pulso portátil.</p> <p>-Drogas de reanimación: Adrenalina (Epinefrina). Gluconato de Calcio Bicarbonato de Sodio -Soluciones: Dextrosa al 5% y 10%</p>
--	---	--	--	--

NOTA: Salas & Suarez 2020



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Mérida, febrero, 2020.

Estimado Profesional

Usted ha sido seleccionado para llenar el presente cuestionario, que tiene como propósito principal recolectar datos relevantes para el Trabajo de Grado titulado: **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA - MÉRIDA. OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020**, a fin de diseñar un protocolo el cual mejore la calidad de servicio y cuidados que usted presta.

Cabe resaltar, que dicha información se presentará de forma anónima, asegurando así la confidencialidad de los datos suministrados por usted. Es por ello que, requiero de su valiosa cooperación respondiendo con la mayor sinceridad posible a las preguntas que integran el presente instrumento.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente.

Salas Marielisa y Suarez Yusney

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la información recolectada a través del instrumento suministrado, para cubrir el objetivo del trabajo de investigación: **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA - MÈRIDA. OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020**. He sido informado/a de que los datos aportados sólo serán utilizados con fines académicos y asistenciales. He sido también informado de que mis datos personales serán protegidos y que tengo derecho a rechazar participar en el mismo, o abandonar el llenado del instrumento si ese es mi deseo.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta sea aplicada y utilizada para cubrir el objetivo especificado en el proyecto.

www.bdigital.ula.ve

Fecha: _____

Firma: _____

INSTRUMENTO 2

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA-MÉRIDA, OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020.

1. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO

Determinar la validez de los ítems, la apariencia y el contenido del protocolo de actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario, IAHULA Mérida.

2. INSTRUCCIONES

- Agradecemos identificar sus datos académicos.
- Evalúe cada uno de los ítems marcando con una equis (X) para ESCOGER SOLAMENTE UNA de las opciones que se presentan, en caso de ser necesario, utilice la sección de observaciones.
- Complete la Tabla de Validación.

3. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

- El Protocolo se evalúa de manera detallada, en cuanto a las etapas se evalúa las actividades de enfermería en relación a etapas pre-traslado, Indicaciones para el traslado, tipo de transporte, personal de salud, equipamiento, Estabilización del Neonato, documentación, el traslado en sí, posterior al traslado, en una secuencia conceptual.
- La presentación constituye el cuerpo o forma del protocolo del traslado neonatal.
- La secuencia conceptual se refiere al encadenamiento y organización pertinente de las actividades a desarrollar paso a paso.
- El fundamento conceptual se refiere al basamento en autores que nos permitió construir los contenidos, de las etapas del traslado y recursos.

- El Algoritmo se refiere a la elaboración de un flujograma donde Los símbolos tienen significados específicos y se conectan por medio de flechas que indican el flujo entre los distintos pasos o etapas.
- Las actividades se refieren a las acciones o tareas que se deben realizar paso a paso para cumplir un traslado efectivo.

www.bdigital.ula.ve

INSTRUMENTO 2

PARTE A

DATOS LABORALES DE LOS ESPECIALISTAS EN EL ÁREA

Instrucciones

Seleccione con una equis (X) la alternativa que se relacione con su situación

1. Edad: Entre 25-30 años ___ 31-35 años ___ 36-40 ___ Mayor de 40 años ___

2. Formación profesional

Licenciatura
Especialización
Maestría
Doctorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

3. Experiencia en el área Neonatal.

5 a 10 años
11 a 15 años
Mayor de 15 años

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4. Número de traslados neonatales realizados durante su experiencia en el área.

Entre 5 – 10
11– 15
16– 20
Mayor de 20

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha participado en la realización de un traslado neonatal aplicando algún protocolo?

Si
No

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

PARTE B

TABLA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA-MÉRIDA, OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020.

Instrucciones

Señale con una equis (x) la alternativa de acuerdo a su criterio con respecto a la propuesta de protocolo sobre la actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario.

ETAPA PRE TRASLADO	RANGOS DE VALORACIÓN DEL JUEZ				
	Irrelevante	Deficiente	Regula	Bueno	Excelente
6 Indicaciones para el traslado					
7. Recurso Humano capacitado:					
○ Médico pediatra					
○ Enfermera del área neonatal					
○ Camillero					
○ Chofer de Ambulancia.					
8. Transporte terrestre: Ambulancia en condiciones óptimas					
9 Equipamiento					
○ Incubadora de traslado pre-calentar a 36°, operativa con sensor de temperatura y oxígeno.					
○ Equipo de reanimación: Drogas de reanimación, laringoscopio, Tubo endotraqueal, resucitador manual					
10- Documentación					
○ Historia Clínica					
○ Manilla de identificación.					
○ Podograma de nacimiento.					
○ Consentimiento informado					
○ Evolución de Enfermería					

○ Referencia de indicación de traslado.					
11 Comunicación Interhospitalaria: garantizar la comunicación entre los centros de salud y documentar la misma.					
12. Proporcionar soporte emocional e información al familiar acompañante del neonato durante el traslado.					
Considera se debe que se debe agregar otro aspecto. Indique:					
ETAPA DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA AL VEHÍCULO	RANGOS DE VALORACIÓN DEL JUEZ				
	Irrelevante	Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
Estabilización del Neonato					
13. Asegurar vía área permeable.					
14. Garantizar normotermia					
15. Evaluar perfusión tisular: llenado capilar <2 segundos, y garantizar acceso vascular					
16. Valorar signos de hipoglicemia neonatal					
17. Administración de medicación indicada por el médico.					
18. Transferencia de neonato a la ambulancia, con el mínimo de movimientos.					
Considera se debe que se debe agregar otro aspecto. Indique:					
ETAPA DE TRASLADO AL IA HULA	RANGOS DE VALORACIÓN DEL JUEZ				
	Irrelevante	Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
19. Verificar que la incubadora esté asegurada dentro de la ambulancia					
20. Garantizar normotermia, vía aérea, posicionamiento, medidas de seguridad					

21. La ambulancia deberá ir a una velocidad no mayor de 90km/h evitando las aceleraciones y desaceleraciones bruscas.					
22. Monitorizar periódicamente frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura tanto del neonato como de la incubadora.					
Considera se debe que se debe agregar otro aspecto. Indique:					
ETAPA ENTREGA DEL NEONATO AL IA HULA	RANGOS DE VALORACIÓN DEL JUEZ				
	Irrelevante	Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
23. Neonato que ingresa solo o con la madre de procedencia extrahospitalaria o interinstitucional, en sus primeras TRES HORAS de vida, deberá ser ingresado por Sala de Parto con el fin de agilizar información y dar cumplimiento al llenado de la historia clínica. Una vez recibido el neonato por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría se canalizará su traslado a la Unidad de bajo riesgo neonatal UBRN o Unidad de Alto riesgo Neonatal UARN según sea el caso.					
24. Neonato mayor de TRES HORAS de nacido y hasta los 28 días de vida postnatal, deberá ser ingresado por la Emergencia Pediátrica, bajo previa evaluación de condiciones clínicas y factores de riesgo por el Médico de Guardia o Residente de Neonatología y Pediatría, se canalizará su traslado a la Unidad de bajo riesgo neonatal UBRN o Unidad de Alto riesgo Neonatal UARN según sea el caso.					

25. A continuación, se realizar la entrega de la documentación al personal que recibe y el registro de constantes vitales durante el traslado y condiciones en las que llega al centro receptor.					
26. Colaborar con la estabilización del neonato, si amerita.					
Considera se debe que se debe agregar otro aspecto. Indique:					
ETAPA DE RETORNO A LA OPERATIVIDAD DEL EQUIPO DE TRANSPORTE	RANGOS DE VALORACIÓN DEL JUEZ				
	Irrelevante	Deficiente	Regular	Bueno	Excelente
27. Documentar las observaciones emitidas por el centro receptor para mejorar la calidad de futuros traslados (contrareferencia)					
28. Verificar que todo el recurso material que egreso del centro emisor regrese al mismo.					
29. Una vez retornado al centro emisor, reacondicionar el equipamiento y reponer los materiales utilizados.					
Considera se debe que se debe agregar otro aspecto. Indique:					

PARTE C

TABLA DE VALIDACIÓN DE LA APARIENCIA Y CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO NEONATAL INTERHOSPITALARIO, IAHULA-MÉRIDA, OCTUBRE 2019 - FEBRERO 2020.

Instrucciones

Señale con una equis (x) la alternativa de acuerdo a su criterio con respecto a la propuesta de protocolo Anexa, sobre la actuación de enfermería en el traslado neonatal interhospitalario.

PROPUESTA DEL PROTOCOLO	Excelente	Regular	Deficiente	No logrado
30. El protocolo es claro y conciso				
31. Redacción y ortografía				
32. Su representación diagramática permite la asimilación rápida de los conceptos.				
33. Su representación gráfica permite la asimilación de las etapas.				
34. El protocolo puede ser aplicado en todos los centros de menor complejidad.				
35. El lenguaje utilizado es comprensible para los profesionales de enfermería que lo utilizarán.				
36. Las intervenciones son basadas en evidencia científica				

Sugerencias: _____

Validado por: _____ C. I. _____

Profesión: _____ Lugar de trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____

Firma: _____