IX REUNIÓN SEPIH
Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria
Alicante
22 - 23 octubre 2026

PONENCIA

Pacientes en Tránsito

Protocolos, experiencias y riesgos en las **Transferencias** Inter e Intrahospitalarias

Autores

Dr. Josep Mut. Hospital de Denia. Alicante

Dª Rebeca M. Gracia. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Dra. Aina Martínez. Servicio de Pediatría y Transporte Pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Dr. Pedro J. Alcalá. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. Recepción segura
5. El traslado intrahospitalario

Contenidos



1. **Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados**
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. Recepción segura
5. El traslado intrahospitalario

Herramienta esencial → garantizar el nivel requerido cuidados





Importancia: frecuencia

- En hospitales terciarios, ~14 % de los ingresos: traslados otros centros
- Uno de cada 5 ingresados requiere traslado **intra**hospitalario

Hasta **80%** traslados
interhospitalarios son **urgentes**



Importancia: riesgos asociados

- En 5-20% ≥1 incidente de seguridad
- Fallos en todo el proceso
  - Indicación, modo y equipos
  - Comunicación
  - Continuidad de cuidados
- Eventos adversos frecuentes:
  - Inestabilidad hemodinámica /respiratoria
  - Fallos en dispositivos
  - Errores en la medicación
  - Errores en la transmisión de información crítica

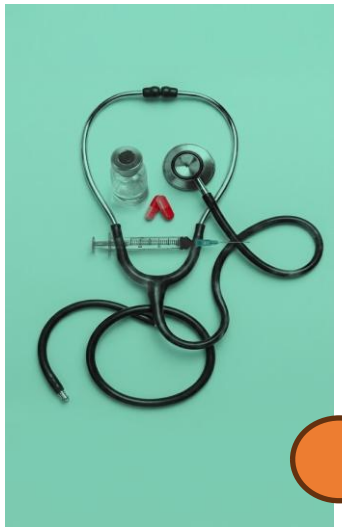

Anales de Pediatría 102 (2025) 503884
anales de pediatría
www.analesdepediatria.org

ORIGINAL

Valoración de la seguridad de los pacientes durante el transporte interhospitalario

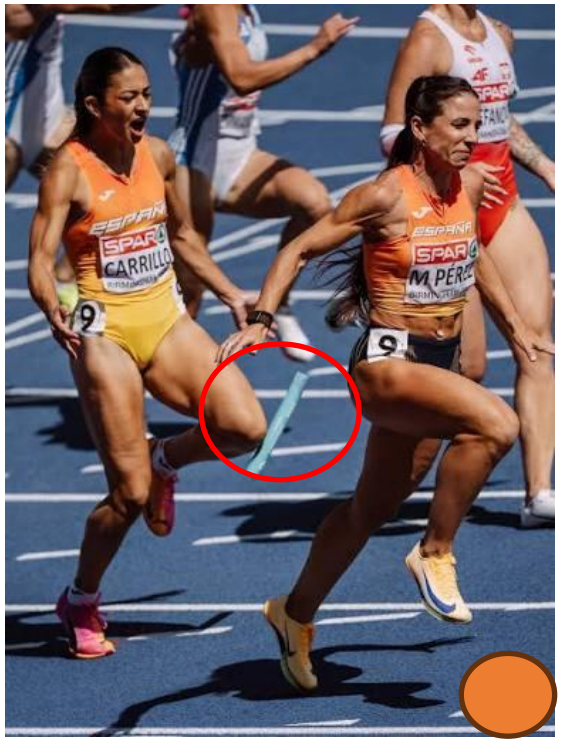
Patricia Corniero[a,b,c,d,1], Mònica Girona-Alarcón[a,b,c,1], Carme Alejandre[a,b,c,d,*], Roi Campos[a,b,c,d], Nuria Millán Garcia del Real[a,b,c,d,2] y Elisabeth Esteban[a,b,c,2]





¿Dónde falla el transporte pediátrico?

- Barreras organizativas entre centros y servicios
- Falta de estandarización de procesos/protocolos
- Deficiencia en su aplicación
- Carencia de entrenamiento
- Disparidad recursos: ~~unidades de transporte pediátrico~~



Barreras organizativas entre centros y servicios

ARCADE EDITION // CONFRONTACIÓN DIRECTA

INSERT COIN [1P vs 2P]

MORTAL KOMBAT ORGANIZACIONAL

IKEA Murcia *vs* Sistema Nacional de Salud





SNS
Sistema Nacional de Salud
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

La república independiente de tu casa vs frente al pilar de la sanidad pública española

Modo de Combate: Análisis de Métricas y Capacidad

ROUND 1: READY

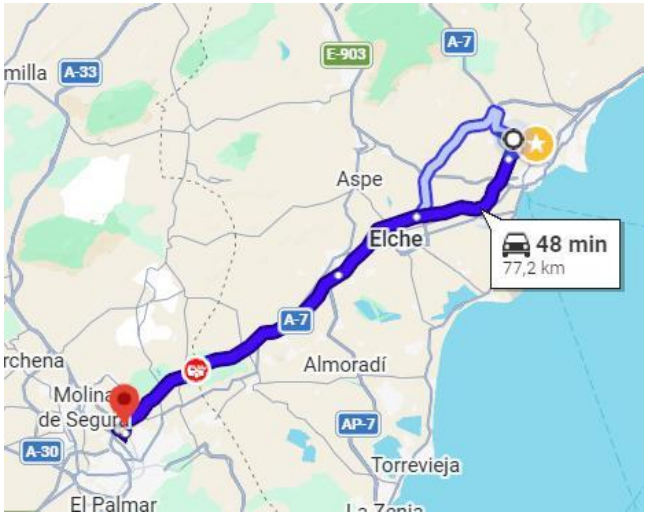




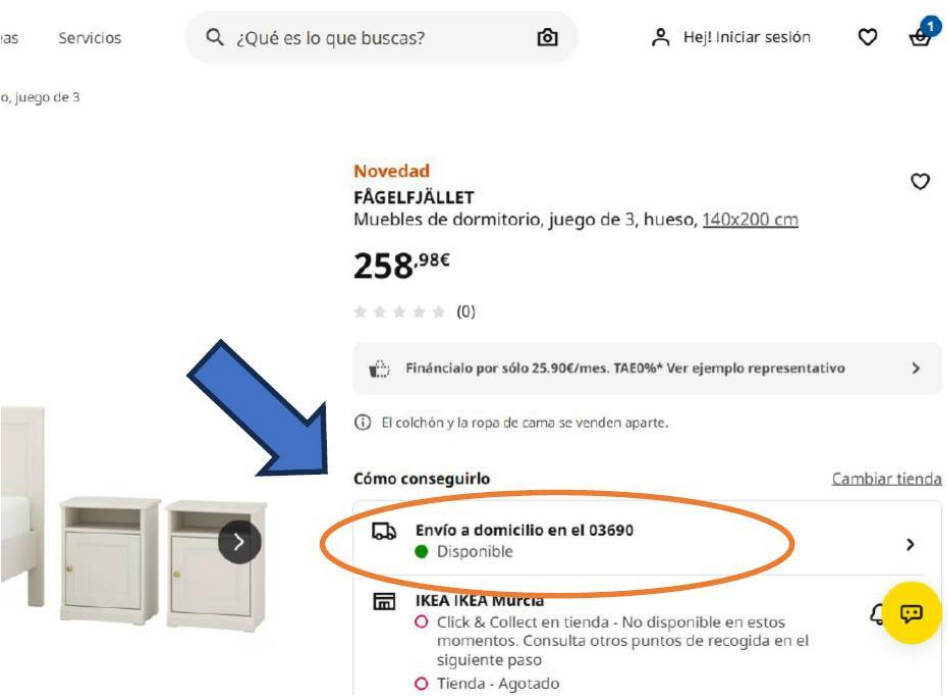
IKEA (datos nacional)		Sistema Nacional Salud
-	*Presupuesto nacional*	> 50 veces
9700	*Trabajadores*	786.000
80	*Centros/puntos atención*	450 hospitales+ 3000 centros de salud
1	*web*	Incontables sistemas y portales
1	*Marca*	SNS+17 servicios autonómicos
Integrada	*Logística*	Competencias distribuidas

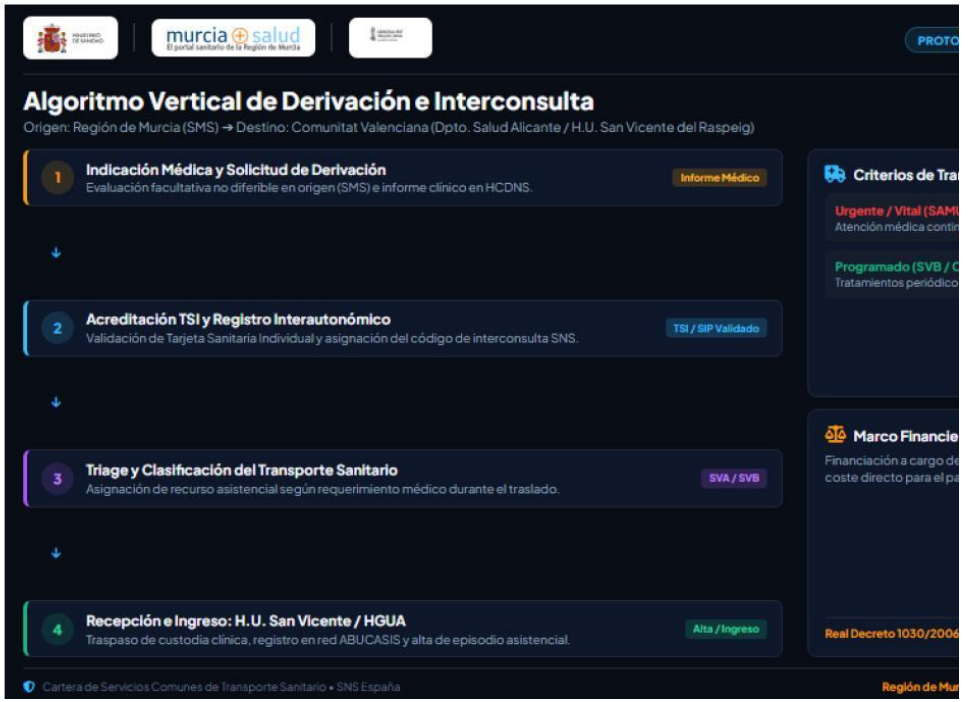
La gran prueba…

Solicitud transporte: Murcia- San Vicente del Raspeig



La gran prueba:
Solicitud de transporte Murcia- San Vicent de Raspeig






LÍMITE DE COMUNIDAD
COMUNIDAD DE MURCIA
Red de Carreteras del Estado
ALICANTE


17:58
VICTORY!
FUENSANTA
0:00
DR. RYU
FUENSANTA WINS!

¿Dónde falla la seguridad del transporte?

- Barreras organizativas entre centros y servicios
- Falta de estandarización de procesos/protocolos
- Deficiencia en su aplicación
- Carencia de entrenamiento
- Disparidad recursos: ~~unidades de transporte pediátrico~~



¿Por qué fracasamos al intentar mejorar o cambiar?



Cover Story

Why Do So Many Healthcare Innovation Initiatives Fail

Successful healthcare innovat
expertise; it demands a deep
regulatory requirements, rei
dynamics. Embracing a holist
and engaging stakeholders e
achieving scalability and sus



JEROEN TAS

Innovation Leader I Fast&Slow I Am
Net

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/k

Review article

Resistance of health personnel to changes in healthcare

Why Hospitals Don't Learn from Failures:

ORGANIZATIONAL AND PSYCHOLOGICAL DYNAMICS THAT INHIBIT SYSTEM CHANGE

Anita L. Tucker
Amy C. Edmondson

The importance of hospitals learning from their failures harc
needs to be stated. Not only are matters of life and death at
on a daily basis, but also an increasing number of U.S. hosp
operating in the red.[1] Organizational learning is thus an im
Recent research suggests there are plenty of problems, errors, and other
opportunities facing these complex service organizations. In 2000, the I
of Medicine issued a report estimating that 44,000 to 98,000 people die
year as a result of medical errors.[2] Other studies suggest, in addition, th
ical errors with less serious consequences are pervasive in hospitals.[3]

Hospitals historically have relied on a dedicated and highly skille
sional workforce to compensate for any operational failures that might
during the patient care delivery process. Great doctors and nurses, not
organization or management, have been seen as the means for ensurin
patients receive quality care. Recently, however, the medical communit
responded to increased public awareness of shortcomings in health care
by calling for systematic, organizational improvements to increase patient safety.
Examples of such initiatives include creating shared databases of medical errors
to facilitate widespread learning from mistakes and focusing renewed attention
on hospital processes, culture, and reporting systems.[4]

Front-line employees in service organizations are well positioned in
these efforts to help their organizations learn, that is, to improve organizational

We wish to thank the participating hospitals and nurses and Harvard Business School's Division of



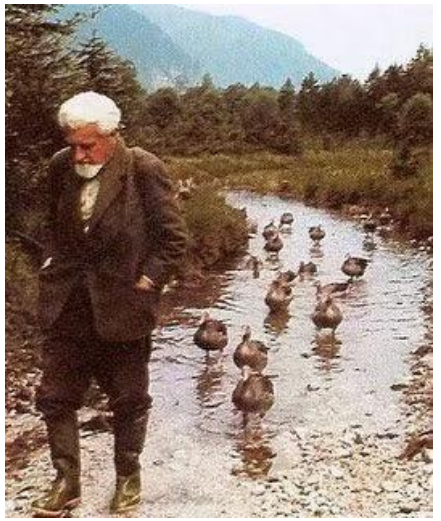
Se dijo, pero no se escuchó…

Se escuchó, pero no se entendió…

Se entendió, pero no se aceptó…

Se aceptó, pero no se llevó a la práctica…

Se llevó a la práctica, pero ¿por cuánto tiempo?



Konrad Lorenz. Zoólogo (1903-1989)

¿Podemos aprender algo de los que lo hacen mejor?



El contraste con la aviación civil





1. Tratar cada **traslado como un procedimiento de riesgo**
   - Evaluación formal riesgo/beneficio
     ¿Es seguro el vuelo en todas sus fases/ hay que cancelar?

2. **Estandarizar el traslado** con **checklist obligatorio**
   - Específicos fase: preparación-traslado-recepción
   - > cumplimiento medidas y <errores prevenibles

3. **Equipos entrenados** y **roles definidos**
   - Importancia del CRM
   - Formación recurrente y uso simulación
   - Comunicaciones regladas y estructuradas



El contraste de la aviación civil

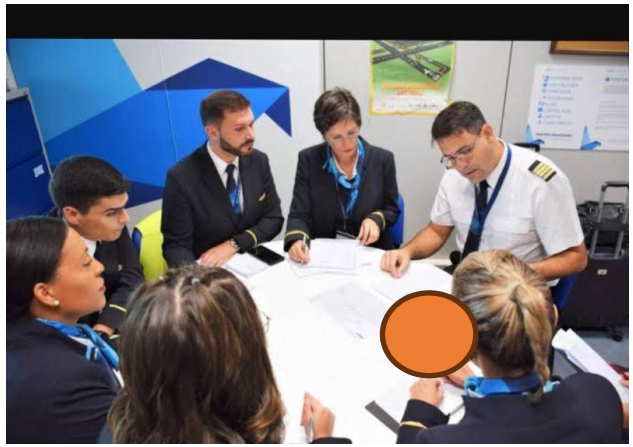
4. “Modo aviación”: anticipar y atrapar errores antes de despegar

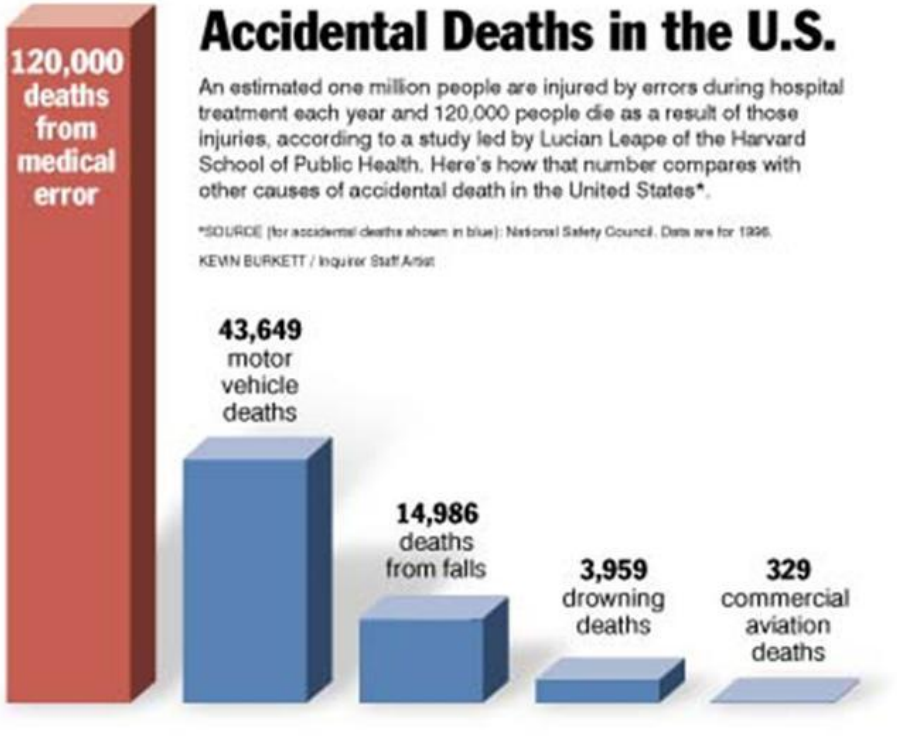
- Cultura de alta fiabilidad
- Detección precoz de fallos y errores latentes
- Doble comprobación equipos críticos
- Preparación del destino antes del traslado

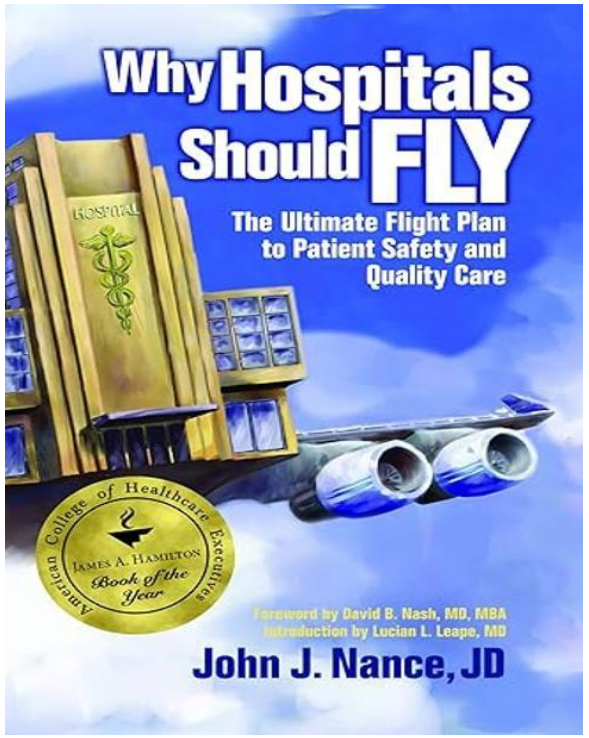
EN MODO AVIÓN

5. Aprender de cada incidente

- Debriefing sistemático
- Registro sistemático de eventos adversos y "near misses"
- Compartir lecciones aprendidas
- Búsqueda de mejora, no culpables

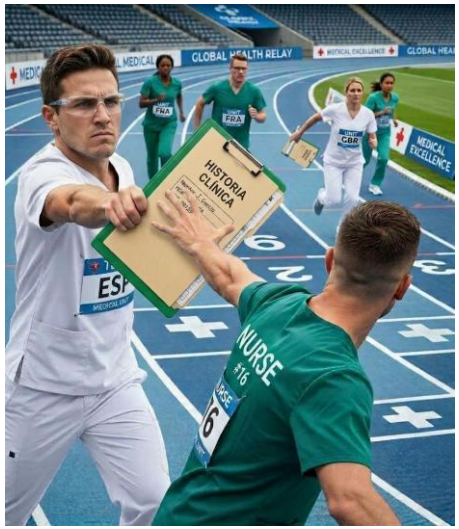



Accidental Deaths in the U.S.
An estimated one million people are injured by errors during hospital treatment each year and 120,000 people die as a result of those injuries, according to a study led by Lucian Leape of the Harvard School of Public Health. Here's how that number compares with other causes of accidental death in the United States*.
*SOURCE (for accidental deaths shown in blue): National Safety Council. Data are for 1996.
KEVIN BURKETT / Inquirer Staff Artist
120,000 deaths from medical error
43,649 motor vehicle deaths
14,986 deaths from falls
3,959 drowning deaths
329 commercial aviation deaths


Why Hospitals Should FLY
The Ultimate Flight Plan to Patient Safety and Quality Care
HOSPITAL
American College of Healthcare Executives
James A. Hamilton Book of the Year
Foreword by David B. Nash, MD, MBA
Introduction by Lucian L. Leape, MD
John J. Nance, JD

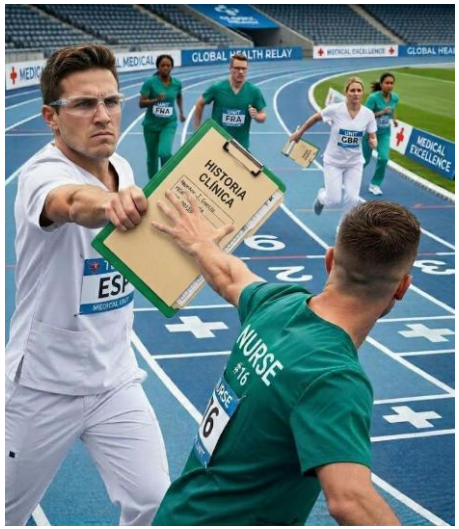
Todo traslado implica TRANSFERENCIA de cuidados

- **Traspaso de responsabilidad** del paciente entre profesionales para **mantener la continuidad asistencial**
- Implica:
  - Transferencia física
  - Transferencia comunicativa
    - diagnósticos y tratamientos vigentes
    - necesidades y objetivos terapéuticos



Todo traslado implica TRANSFERENCIA de cuidados

- **Traspaso de responsabilidad** del paciente entre profesionales para **mantener la continuidad asistencial**
- Implica:
  - Transferencia física
  - Transferencia comunicativa
    - diagnósticos y tratamientos vigentes
    - necesidades y objetivos terapéuticos



Fases del traslado: un proceso continuo



En todas las fases: continuidad cuidados y reevaluación

Indicación

Solicitud

Aceptación responsable

Preparación y estabilización

Traslado

Recepción segura

Traslado **intra**hospitalario

Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asocia
2. **Indicación, aceptación y comunicación estructurada**
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. Recepción segura
5. El traslado intrahospitalario



Hospital emisor. 18:20 horas

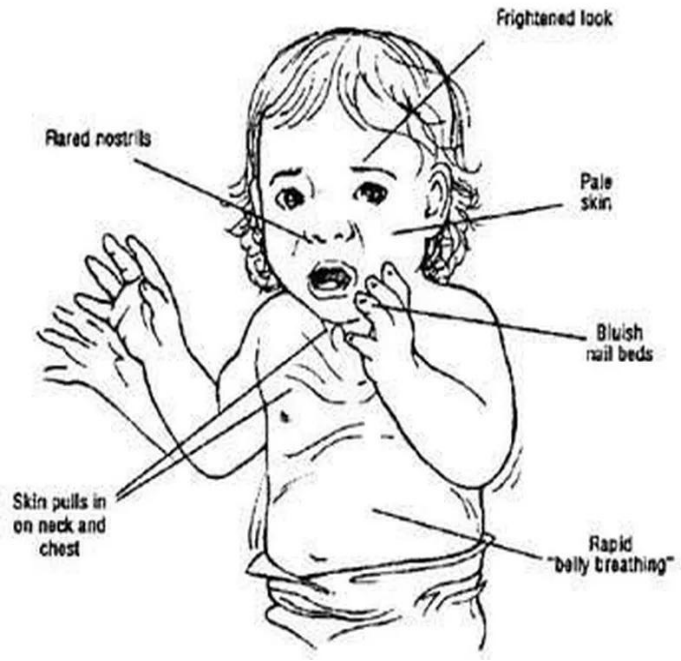
Nuestra paciente...

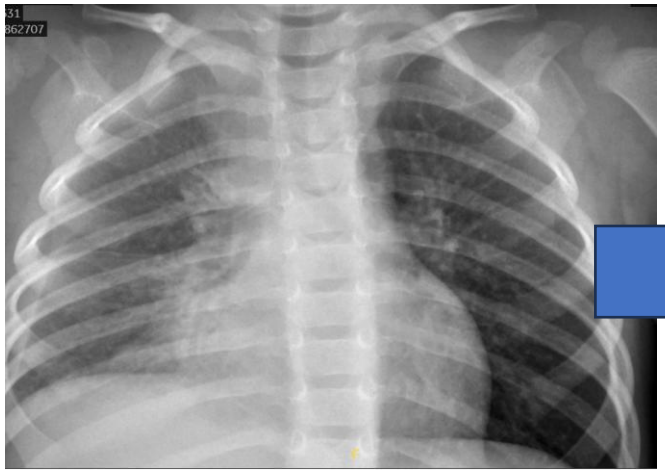


Nuestra paciente

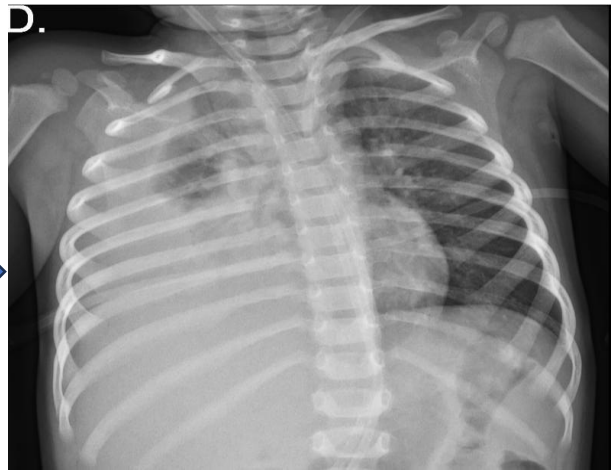
- Lactante de 20 meses (Ainhoa)
- Ingresada con una neumonía
- 36 horas de ingreso, empeoramiento respiratorio
- Persiste fiebre+quejido
- Inicio de oxigenoterapia en gafas nasales 3/l min

Se realiza una reevaluación de la paciente, con pruebas complementarias adicionales





36 horas



Respiratorio

Acción: alto flujo 15 l/min- FiO_2 de 0,4

Hemodinámico y medio interno

Presenta taquicardia, con TA mantenida

↑ reactantes , $HipoNa^2$, ↓ I. Quick

Acción: bolo SSF0,9% , administración Vitamina K

Infeccioso

Acción: inicio de cefotaxima+ clindamicina y dexametasona

Además

Problemas l **manejo de vías**, catéter periférico 22 en MSD



Diagnóstico de situación

Situación clínica de la paciente

- Neumonía grave con progresión deterioro respiratorio
- Potencial necesidad de soporte ventilatorio
- Drenaje de derrame pleural asociado
- Pérdida inminente acceso venoso

Recursos disponibles

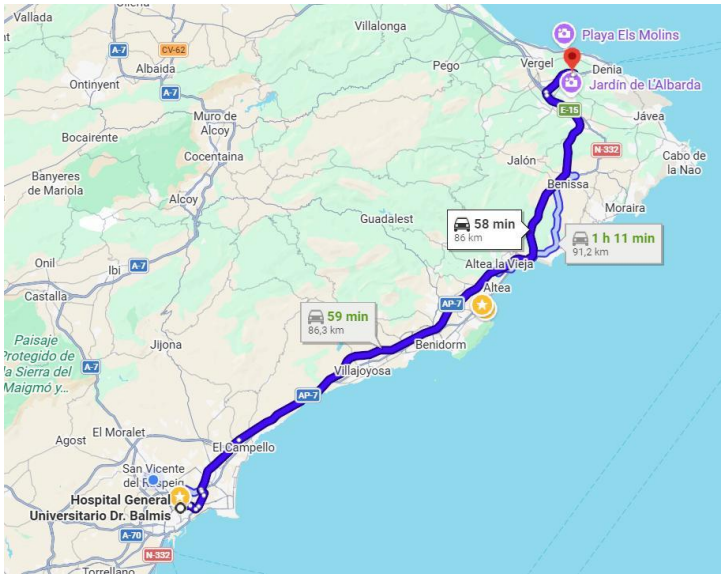
Sin UCI Pediátrica

- posible necesidad de soporte respiratorio

Sin radiología intervencionista

- (drenaje torácico y necesidad línea media)

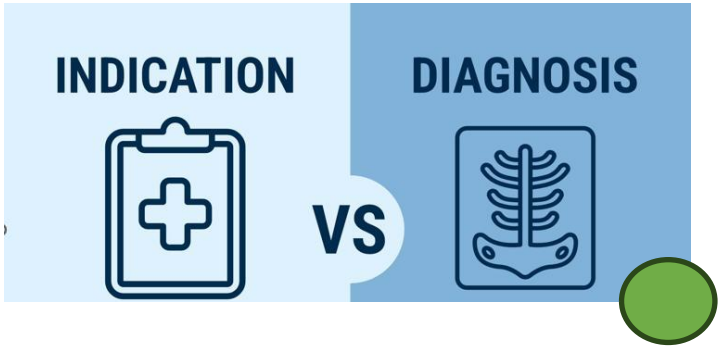
Hospital de referencia provincial a 90 km



Indicación. ¿Por qué trasladamos?

No trasladamos por diagnóstico, trasladamos por **indicaciones:**

1. **Clínicas**→ inestabilidad del paciente
2. **Riesgo** → potencial deterioro
3. **Organizativas**→ falta de recursos o experiencia



Comunicación estructurada y aceptación responsable





¿Comunicación estructurada?

¿aceptación responsable?

Comunicación estructurada. IDEAS

Reflexión: Para evitar pérdida datos críticos→ lenguaje normalizado en contenido y estructura → **IDEAS** (SBAR, I-PASS) (lazo cerrado)

- **I** (Identificación): profesionales y del paciente
- **D** (Diagnóstico): problema actual, antecedentes y alergias
- **E** (Estado): funciones vitales por aparatos y gravedad actual
- **A** (Actuaciones): medidas realizadas y plan de acción pendiente
- **S** (Signos de alarma): aspectos clave para atención inmediata



Aceptación responsable

Aceptar un traslado **no es simplemente decir "sí“**

Es confirmar que se tiene la **capacidad real de hacerse cargo** del paciente

Esto incluye:

- Asegurar el nivel asistencial adecuado
- Cama disponible
- Equipo humano asignado



Aceptación responsable: comprobaciones previas



Valoración clínica

- Analizar la información proporcionada
- Estimar la gravedad actual y posibles complicaciones

Capacidad asistencial

- Confirmar disponibilidad: cama en unidad adecuada/personal capacitado

Recursos diagnósticos y terapéuticos

- Verificar acceso a pruebas, procedimientos o especialidades implicadas
- Plan de recepción del paciente y circuito de llegada

Coordinación interna

- Informar a enfermería, admisión y unidades implicadas
- Preparar entorno asistencial: reorganizar camas, aislamientos

Colaboración interhospitalaria

- Si no asumible, facilitar y colaborar en alternativas dentro/fuera del propio centro

Y sin perder las formas… que somos humanos

Comunicación clara y activa con la familia…

- Explicar claramente la situación y el por qué de las decisiones tomadas
- Utilizar un lenguaje entendible
- No es de recibo “dibujar el peor escenario” para justificar el traslado
- Transmitir sensación real de control de la situación

… y el paciente

- Explicar al paciente, en un lenguaje entendible, todo aquello que pueda necesitar
- Permitir acompañamiento (familia, objetos transicionales,...)

A la llegada del equipo de transporte

- Presentación equipo de transporte - familia - paciente
- Transferencia en su presencia, siempre que sea posible





Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. **El traslado interhospitalario. Más allá del transporte**
4. Recepción segura
5. El traslado intrahospitalario



Selección de equipo y transporte

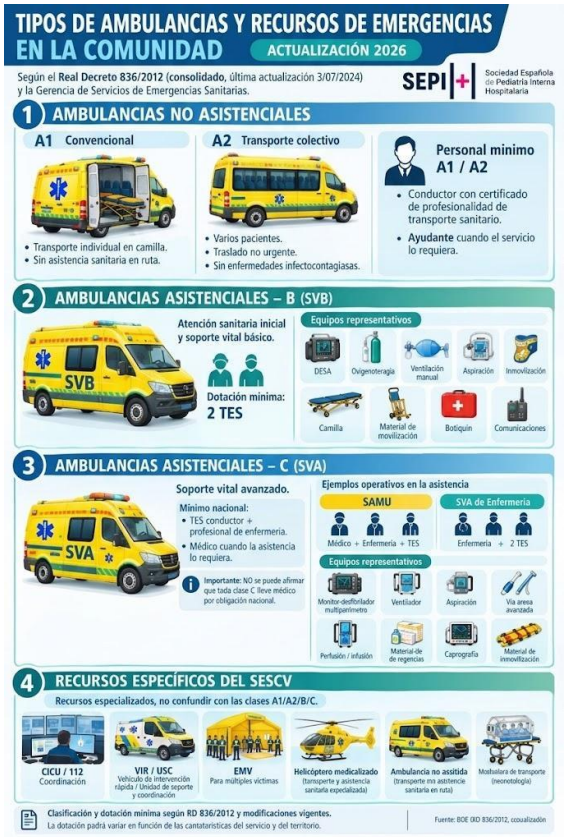
Tres variables fundamentales

- Gravedad clínica
- Distancia/tiempo de traslado
- Disponibilidad de equipos especializados

Activación basada en criterios objetivos

SCOPETAS= gravedad +diagnósticos significativos

- Asignación proporcional de recursos
- Menor variabilidad y mayor eficiencia



Escala SCOPETAS

Evaluación estructurada mediante criterios objetivos

Valoración sistemática
- Estado neurológico/cardiovascular/respiratorio

Puntuación según gravedad
- Asignación de recursos proporcional al riesgo

Diagnósticos significativos
- Indicación de transporte especializado pese a puntuación

Estandarización de la toma de decisiones
- Optimización de recursos y reducción de la variabilidad
- Mayor seguridad del paciente
- Mayor eficiencia en el uso de recursos



Anales de Pediatría 103 (2025) 503997

anales de pediatría

www.analesdepediatria.org

ORIGINAL

Enfoque basado en la evidencia para la selección del recurso humano de transporte urgente☆

Ana Elisa Laso-Alonso[a,*], Pablo del Villar-Guerra[b], Cristina Molinos-Norniella[c], Vicent Modesto-Alapont[d], David Pérez-Solís[e] y Alberto Medina-Villanueva[f]

Anales de Pediatría 103 (2025) 503997

Tabla 2 Escala SCOPETAS

Sistema NCR	0	1	2	3
Neurológico	- Alerta, jugando, interactúa - Glasgow 15 - Dentro de su estado basal	- Somnoliento, pero con respuesta a estímulos - Llanto consolable - Glasgow 13-14	- Irritable, inconsolable - Hipotónico - Focalidad neurológica - Glasgow < 12 o > 2 puntos menos respecto de estado basal	- Letárgico, confuso - Pérdida de reflejo de tos y n usea - Sedado o paralizado
Cardiovascular[b]	- Rosado - Relleno capilar 1-2 s - FC y/o TA < 10% por encima o debajo de los valores normales[c] (ver tablas anexas)	- Pálido - Relleno capilar 3 s - FC y/o TA 10% por encima o debajo de los VN[c]	- Cutis marmorata - Relleno capilar 3-4 s - FC y/o TA 20% por encima o debajo de los VN[c] - Cardiopatía congénita ductus dependiente no reparada	- Gris - Relleno capilar < 1 s o > 4 s - FC o TA 30% por encima o debajo de los VN[c] - Necesidad de inotrópicos - Arritmia inestable
Respiratorio	- FR normal - Sin trabajo respiratorio	- FR > 10 resp/min por encima del valor normal[c] - Uso de musculatura accesoria - Aleteo nasal - Estridor con agitación - O_2 < 3 l/min	- FR > 20 resp/min por encima del valor normal[c] - Estridor en reposo - O_2 > 3 l/min - OAF/CPAP - Nebulización continua - Traqueostomía o dependiente de VM de forma basal - Agotamiento de musculatura respiratoria con afectación del estado basal	- FR > 5 resp/min por debajo del valor normal[c] - Hipoventilación con nivel de conciencia alterado - Quejido con compromiso respiratorio - BIPAP - VMI

Diagnósticos significativos

Vía aérea	Neurológico	Gastrointestinal	Quirúrgico, traumatológico y quemaduras	Otros
- Neumotórax con compromiso respiratorio - Obstrucción de vía aérea superior - Historia de vía aérea complicada con compromiso respiratorio - Fractura mandibular inestable con compromiso aéreo potencial	- Disfunción de válvula de derivación ventrículo peritoneal (VVP) - Masa intracraneal de nuevo diagnóstico - Hemorragia intracraneal - Ictus - Enfermedad o lesión medular aguda - Status epiléptico o convulsiones de repetición de difícil control	- Cuerpo extraño esofágico - Vólvulo/ malrotación intestinal - Apéndice perforado - Hernia incarcerada	- Quemadura > 5% superficie corporal en cara/cuello - Quemadura > 10% de la superficie corporal - Quemadura circunferencial - Fractura orbitaria con afectación de MOES - Laceración esplénica/hepática severa - Síndrome compartimental - Compromiso neurovascular - Torsión ovárica/testicular < 6 h - Amputación digital o de miembro - Quemadura o lesión por inhalación - Politraumatismo - Lesiones penetrantes en	- Probable infección en paciente inmunocomprometido con afectación del estado general - Pérdida aguda de visión - Hematoma retrobulbar - Cetoacidosis diabética con alteración de conciencia - Potasio ≥ 6,5 mmol/l[c] - pH < 7,2 - Hemoglobina ≤ 5 g/dl con compromiso hemodinámico - Trombocitopenia ≤ 20.000/µl con sangrado

Antes de salir. Reevaluación- Estabilización

La calidad del traslado comienza antes de iniciar el trayecto

- Valoración ABCDE
- Optimizar funciones vitales
- Asegurar dispositivos y monitorización
- Comprobar logística y medicación
- Reevaluar antes de iniciar el traslado



El papel de enfermería en el proceso del traslado



Enfermería no sólo acompaña : lo hace seguro

Guardián complementario de la seguridad
Supervisión continua y prevención de incidentes

Verificación activa mediante checklist
Material, baterías, oxígeno y consumibles

Seguridad clínica
Fijación de accesos y dispositivos, dosis y perfusiones

Detección precoz de riesgos
Identificación de discrepancias entre lo planificado y la realidad

Continuidad asistencial
Comunicación enfermera–enfermera y coordinación con familia

Humanización del traslado
Manejo del estrés del niño y apoyo a los cuidadores



Riesgos del propio transporte

Manipulación y movilización

- Desconexiones accidentales, pérdida accesos y desplazamiento vía aérea

Dificultad entorno

- Espacio reducido, ruido, vibraciones y difícil acceso al paciente

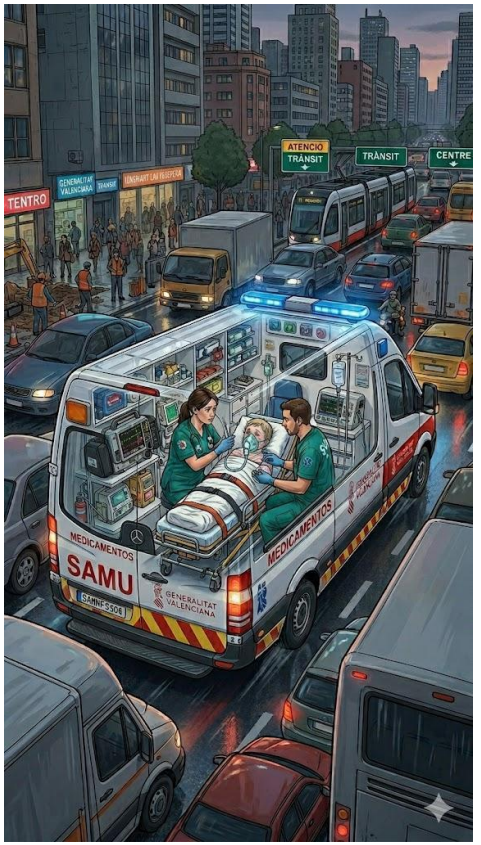
Limitaciones para la monitorización y las intervenciones

- Mayor dificultad para la valoración clínica y las maniobras terapéuticas

Factores mecánicos del transporte terrestre

- Vibraciones, aceleraciones, frenadas: afectan estabilidad-monitorización

Factores fisiológicos del transporte aéreo



Equipo de transporte. Estrategias mitigación riesgos

Checklist de transporte

Colaboración estabilización del paciente

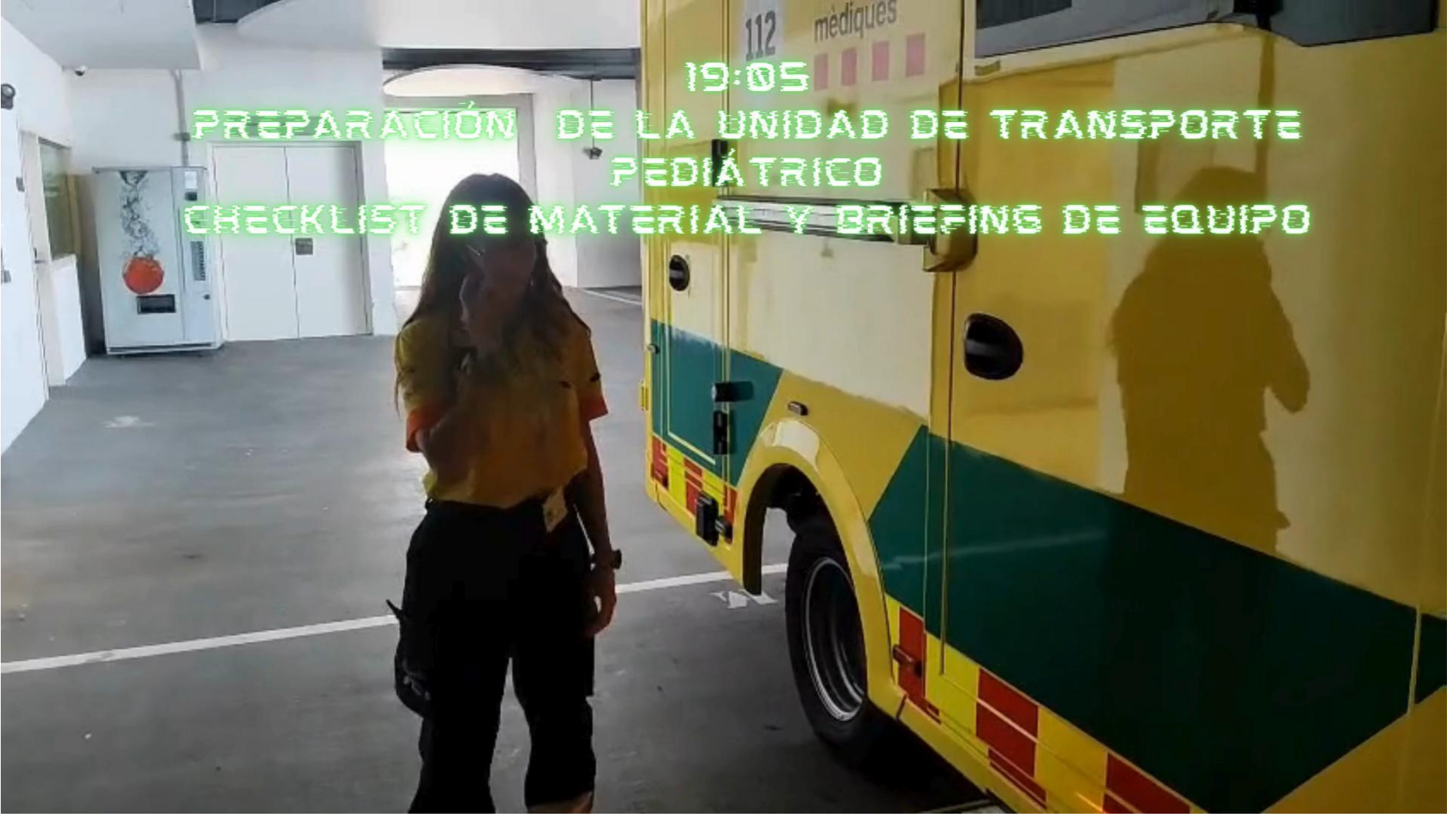
Briefing del equipo antes de salir



Dinámica conversacional

- Con el hospital emisor
  ¿Qué te gustaría que nunca faltara cuando sales de tu hospital?
- Con el centro receptor
  ¿Qué información del transporte cambia tu manejo al recibir al paciente?

"El mejor traslado es el que no se nota porque nada falla"


112
mèdiques
19:05
PREPARACIÓN DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE PEDIÁTRICO
CHECKLIST DE MATERIAL Y BRIEFING DE EQUIPO

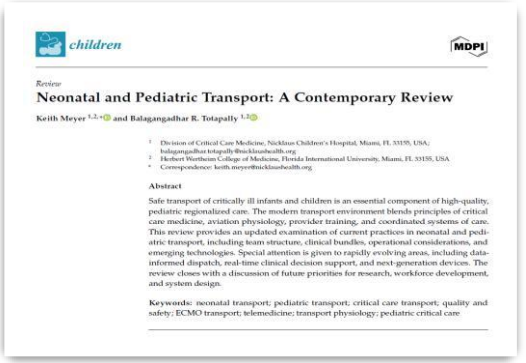
Equipos especializados en transporte pediátrico

↓ Mortalidad y complicaciones asociadas al transporte

- ↓ Hipotermia, hipoxia, hipoglucemia y eventos adversos
- Mayor estabilidad clínica
- Mejor manejo pacientes complejos /terapias avanzadas

Mayor seguridad y calidad asistencial

- Experiencia en procesos estandarizados
- Mejor continuidad asistencial
- Mejor manejo de información entre centros
- Mayor satisfacción de pacientes y familias


children

MDPI

Review

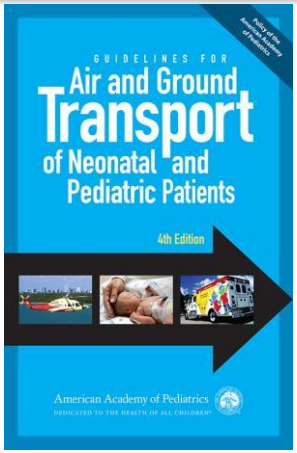
Neonatal and Pediatric Transport: A Contemporary Review

Keith Meyer and Balagangadhar R. Totapally

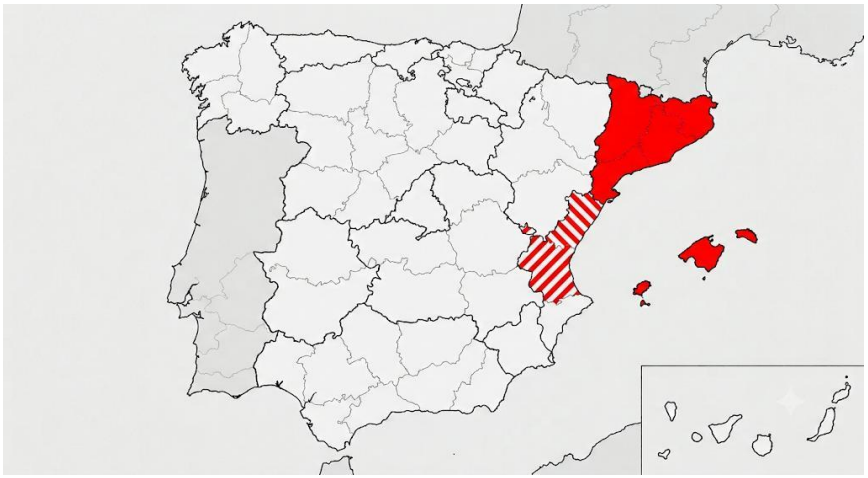
Abstract

Safe transport of critically ill infants and children is an essential component of high-quality, pediatric regionalized care. The modern transport environment blends principles of critical care medicine, aviation physiology, provider training, and coordinated systems of care. This review provides an updated examination of current practices in neonatal and pediatric transport, including team structure, clinical bundles, operational considerations, and emerging technologies. Special attention is given to rapidly evolving areas, including data-informed dispatch, real-time clinical decision support, and next-generation devices. The review closes with a discussion of future priorities for research, workforce development, and system design.

Keywords: neonatal transport; pediatric transport; critical care transport; quality and safety; ECMO transport; telemedicine; transport physiology; pediatric critical care



Transporte pediátrico especializado
Asimetría de recursos



Anales de Pediatría 95 (2021) 485.e1–485.e10

analesdepediatría

www.analesdepediatria.org

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Importancia del transporte pediátrico y neonatal especializado. Situación actual en España: Hacia un futuro más equitativo y universal

Nuria Millán García del Real[a,b,c,*], Laura Sánchez García[d,e,f], Yolanda Ballestero Diez[g,h], Raquel Rodríguez Merlo[i,j], Alberto Salas Ballestín[c,k,l], Raquel Jordán Lucas[m,n] y Nieves de Lucas García[j,o]

Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. **Recepción segura**
5. El traslado intrahospita



Hospital receptor

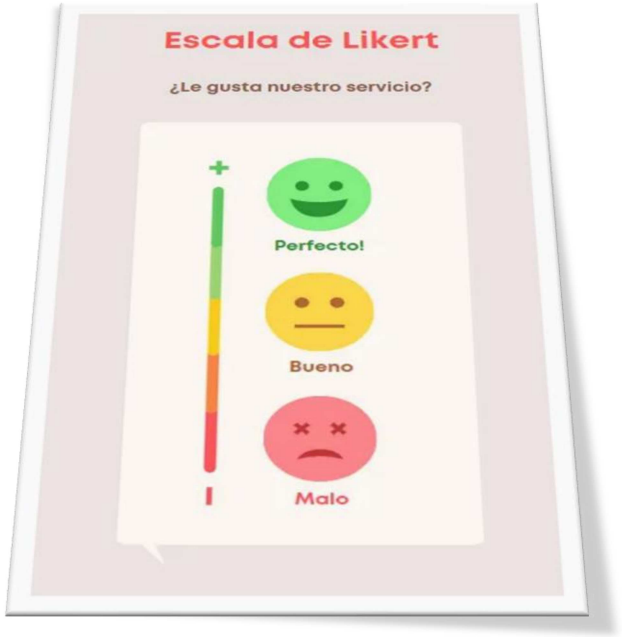
Urgencias de Pediatría

Una hora más tarde…


SALIDA

¿Cómo calificaría la atención recibida?

- Seguridad de la recepción
- Anticipación de necesidades
- Designación de roles/equipos
- Preparación de espacios
- Transferencia de información



Recepción segura. Preparación

Fase crítica del proceso de traslado

- Riesgo pérdida continuidad asistencial
- Comienza desde activación, no a la llegada

Acciones durante el tiempo del transporte:

- Activar profesionales implicados
- Anticipar necesidades
- Preparar entorno
- Reorganizar: garantizar resto de actividad
- Equipo designado plenamente disponible





Llegada. Transferencia y reevaluación

10:00

Importancia crítica Primeros 10 minutos



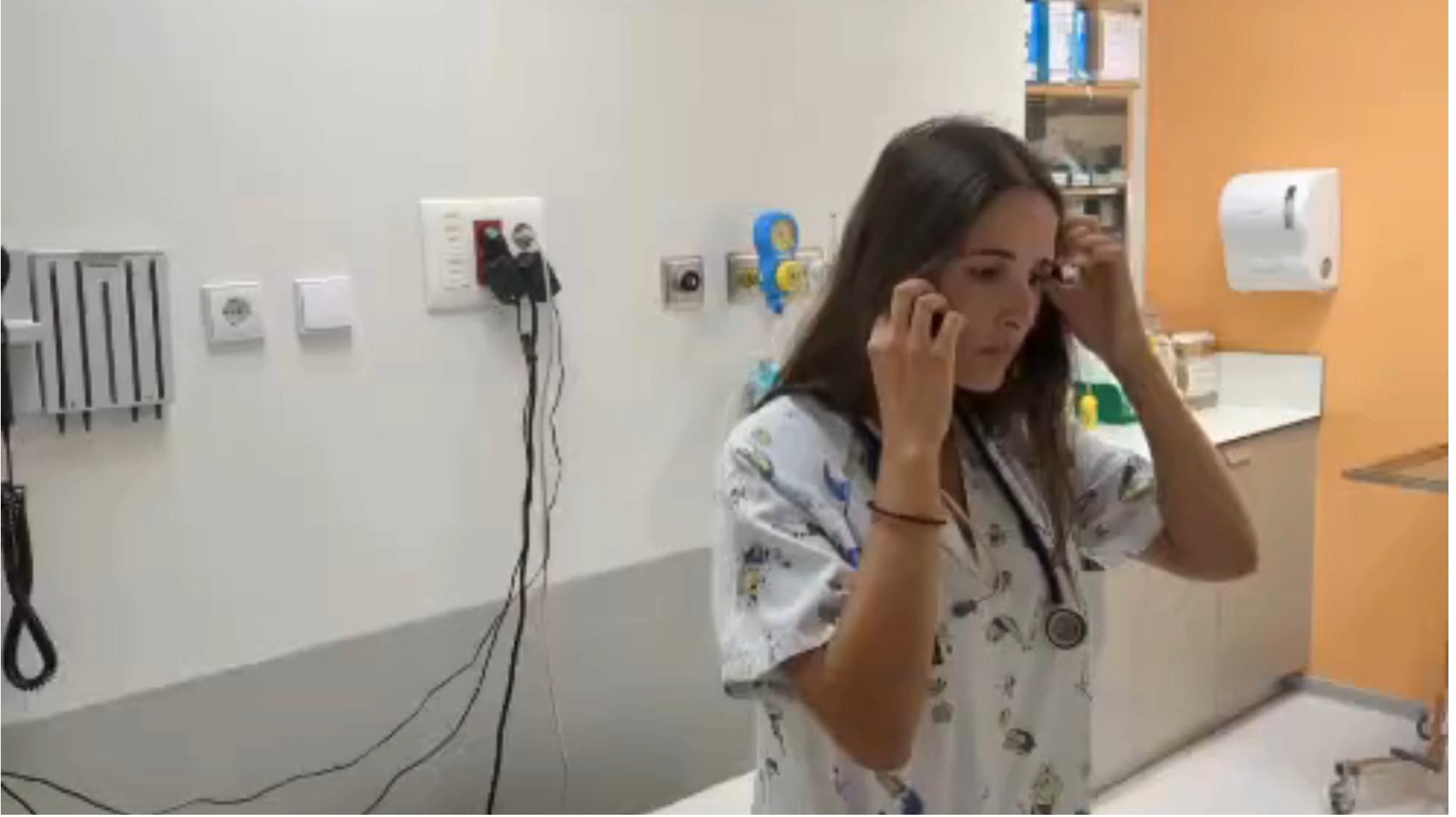
Transferencia estructurada equipos (IDEAS)

- Asignación de roles
- Registro clínico inicial
- Conciliación de tratamientos

Reevaluación sistemática ABCDE

"Venía bien ≠ está bien": reevaluación obligatoria

- Confirmación Impresión diagnóstica/estado
- Revalorar destino o plan terapéutico
- Inicio de acciones inmediatas



Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. Recepción segura
5. **El traslado intrahospitalario**



Traslados INTRAhospitalarios:

"Estar en el hospital no significa estar fuera de riesgo"

Uso sistemático de listas de verificación:

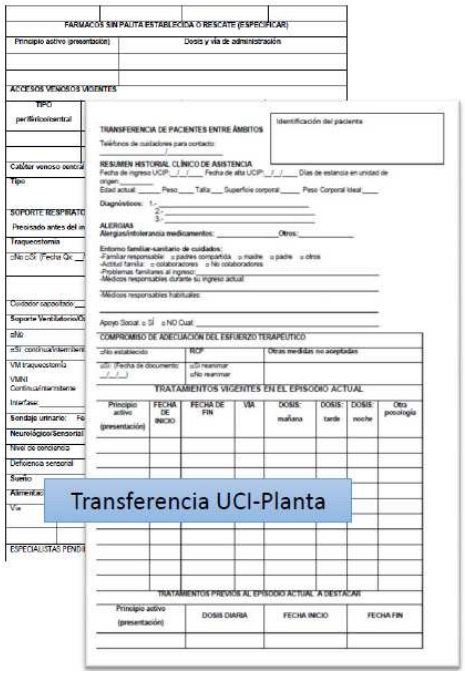
Planificación por niveles de riesgo (0–3)

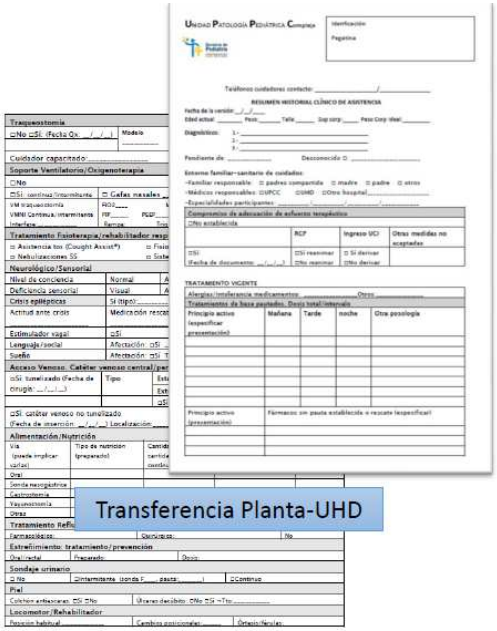
Esquema 3 planos

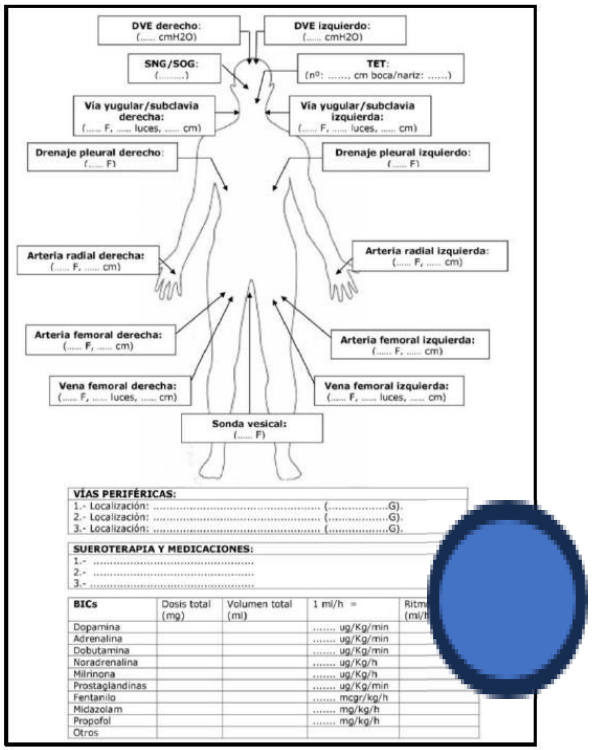
Planificación previa ruta y coordinación con áreas de destino



Listas de verificación. Patología crítica y/o compleja







Niveles de riesgo Traslados INTRAhospitalarios

Nivel de riesgo	Situación clínica orientativa	Personal acompañante	Monitorización y soporte
Nivel 0	Paciente sin compromiso	Celador	No precisa
Nivel 1 (bajo)	Estable + soporte respiratorio básico (gafas nasales), sin perfusiones continuas	Celador ± Enf	Monitor básico, material básico de emergencia
Nivel 2 (intermedio)	Estable, PERO con soporte respiratorio (oxígeno alto flujo, ventilación no invasiva) o perfusiones continuas	Celador+ Enfermería + Pediatra	Monitor multiparámetro completo, bombas de perfusión, medicación de rescate
Nivel 3 (alto)	Paciente crítico: ventilación mecánica invasiva, soporte vasoactivo, riesgo elevado de deterioro	Celador+ Enfermería+ Pediatra experto (± Segundo profesional)	Monitorización completa, ventilador de transporte, bombas múltiples, material avanzado de vía aérea y reanimación



Modelo de los 3 planos



Los ascensores como factor de riesgo...



Diseño del hospital. Implicaciones para los traslados

La distancia importa
Cuanto más largo es el recorrido, mayor es el riesgo

La proximidad funcional salva tiempo, y pacientes: UCI, Urgencias, Quirófano y Radiología deberían formar un "núcleo crítico“

El mejor traslado es el que se evita:
tecnología a pie de cama y habitaciones adaptables reducen riesgos



Medical Complications of Intra-Hospital Patient Transports: Implications for Architectural Design and Research

Abstract

Introduction

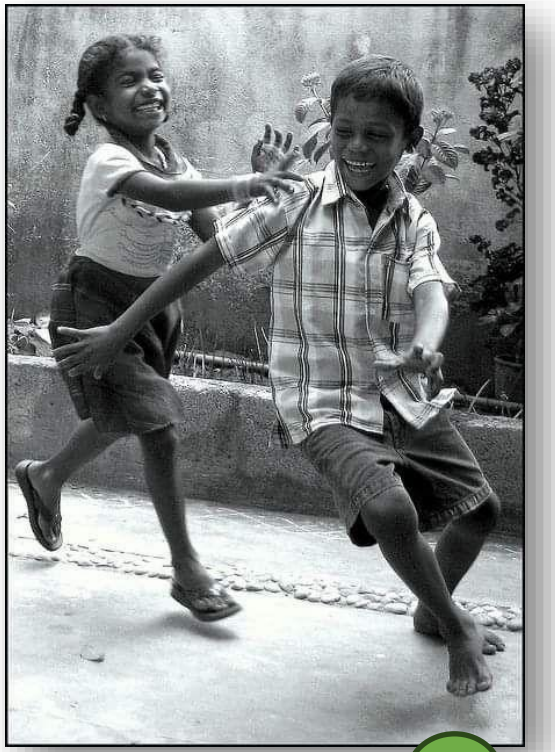


Contenidos

1. Importancia de los traslados: frecuencia y riesgos asociados
2. Indicación, aceptación y comunicación estructurada
3. El traslado interhospitalario. Más allá del transporte
4. Recepción segura
5. El traslado intrahospitalario
6. Conclusiones

Conclusiones 1/3

- Transporte intra/interhospitalario clave para garantizar continuidad asistencial
- Proceso continuo y dinámico en todas sus fases
- Realidad
  - Frecuente
  - Compleja
  - Susceptible de error



Conclusiones 2/3

Elementos mejora seguridad y calidad traslados

- Comunicación efectiva / coordinación equipos
- Procesos estructurados de derivación
- Reevaluación clínica continua
- Equipos especializados de transporte pediátrico



Conclusiones 3/3

Elementos mejora seguridad y calidad traslados

- Protocolos, entrenamiento y simulación
- Listas de verificación específicas
- Implementación, entrenamiento y revisión
- Visión interdisciplinar



Gracias…

…a todos los compañeros que han colaborado en los vídeos

Hospital General Universitario Dr. Balmis

Urgencias de Pediatría

SJD Sant Joan de Déu Barcelona · Hospital

Equipo de transporte pediátrico y neonatal

Referencias

- Evans REC, Barber V, Ramnarayan P, Davies P, Wray J; DEPICT Study Group. Emergency Inter-Hospital Transfer of Children to PICUs in the United Kingdom: Qualitative Exploration of Parents' Experiences of Retrieval Teams. Pediatr Crit Care Med. 2023 Oct 1;24(10):e476-e486
- Meyer K, Totapally BR. Neonatal and Pediatric Transport: A Contemporary Review. Children. 2026;13(2):175. doi:10.3390/children13020175.
- Riley M, Michelson KA, Martin-Gill C, Ramgopal S. Use of emergency medical services for pediatric interfacility transports. *Pediatr Open Sci*. 2025;1(1):1–10. doi:10.1542/pedsos.2024-000324
- Torres Y, Rodríguez Y, Pérez E. ¿Cómo mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente adoptando estrategias del sector de la aviación? J Healthc Qual Res. 2022;37:182---90.
- Alcalá Minagorre PJ, Domingo Garaub A, Salmerón Fernández MJ, Casado Reina C, Díaz Pernas P, Hernández Borges AA, et al. Transferencia segura de pacientes y mejora de la comunicación en distintos entornos asistenciales. *An Pediatr (Barc).* 2023;99(2):123.e1-123.e11. doi:10.1016/j.anpedi.2023.07.001.
- De la Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, *et al*. Guias de ingreso, alta y *triage* para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. An Pediatr (Barc). 2018;88:287.e1-287.
- Laso-Alonso AE, Molinos-Norniella C, del Villar-Guerra P, Pérez-Solís D, Medina-Valles M, Medina-Villanueva A. Score pediátrico de transporte en Asturias (SCOPETAS). Triaje en transporte pediátrico. Bol Pediatr. 2025;65:80-89
- Steffen KM, Noje C, Costabile PM, Henderson E, Hunt EA, Klein BL, et al. Pediatric transport triage: development and assessment of an objective tool to guide transport planning. Pediatr Emerg Care. 2020;36(5):240-247

Si quieres acceder a esta presentación….