PROGRAMA OFICIAL

Resumen plenarias y talleres

Jueves 22 de octubre

Pacientes en Tránsito: Protocolos, Experiencias y Riesgos en las Transferencias Inter e Intrahospitalarias

Dr. Josep Mut Buigues. Hospital de Denia. Alicante
Dª Rebeca M. Gracia Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante
Dra. Aina Martínez Planas. Servicio de Pediatría y Transporte Pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
Dr. Pedro J. Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante

Introducción

Esta mesa multidisciplinar y práctica se centra en aspectos críticos para la seguridad del paciente pediátrico durante la transferencia asistencial, abordando criterios de traslado y aceptación, transporte interhospitalario, comunicación estructurada (IDEAS), recepción segura, rol de enfermería y traslado intrahospitalario. A través de un caso clínico transversal y vídeos breves, se revisan todas las fases del traslado, los procesos de transferencia entre los profesionales implicados, los puntos clave en todas las fases del proceso, los errores frecuentes y la anticipación a los problemas más frecuentes.

Debido a las particularidades fisiopatológicas, las patologías específicas y las necesidades asistenciales propias del paciente pediátrico y neonatal, en los últimos años se han desarrollado en nuestro país unidades de transporte especializadas, aunque con implantación territorial muy asimétrica. Además, aunque constituyen un recurso indispensable y mejoran la seguridad y la calidad asistencial, por sí solas no son suficientes si no se acompañan de un trabajo coordinado y paralelo entre todos los agentes implicados en el traslado del paciente en los centros emisores y receptores.

Importancia de los traslados. Frecuencia, riesgos asociados

El traslado de pacientes es una necesidad asistencial cotidiana para que el nivel de cuidados sea adecuado, dada la naturaleza dinámica y compleja de la atención del paciente, especialmente si presenta patología grave. No sólo nos referimos a los traslados intercentros, justificada por la distribución centralizada de recursos especializados en los territorios, sino también en el propio hospital por necesidades asistenciales cambiantes en función del estado del paciente. Algunos datos que nos permiten dimensionar el gran volumen asistencial de los traslados:

En hospitales terciarios, hasta el 14% de los ingresos hospitalarios son traslados a otro hospital.

En series regionales, la mayoría de los traslados interhospitalarios pediátricos son urgentes (~90 %).

Según series nacionales, como en UK, la mitad de los ingresos urgentes en UCIP pediátrica acontecen tras la estabilización y traslado desde otro hospital.

Aproximadamente el 20% de los pacientes pediátricos hospitalizados van a requerir traslado urgente intrahospitalario (entre servicios pediátricos, unidades quirúrgicas y procedimientos diagnósticos invasivos o especializados)

Riesgos para la seguridad e implicación de todos los implicados

El traslado interhospitalario e intrahospitalario de pacientes pediátricos, especialmente aquellos con patologías graves o en situación crítica, constituye un proceso complejo asociado a un riesgo significativo de eventos adversos y amenazas para la seguridad. Estos riesgos no se limitan al propio transporte, sino que abarcan todo el proceso de transferencia asistencial, incluyendo la interacción de diferentes equipos y la comunicación entre profesionales, la estabilización previa y la continuidad de cuidados. Diversos estudios han documentado la aparición de eventos adversos durante el traslado, como inestabilidad hemodinámica, complicaciones respiratorias o fallos en los dispositivos, así como errores en la transmisión de información crítica, con grave riesgo para la seguridad asistencial.

Asimismo, factores organizativos y humanos, como la falta de estandarización, errores de comunicación o deficiencias en la preparación del paciente, incrementan este riesgo. La evidencia muestra que la participación de equipos especializados en transporte pediátrico mejora la estabilización y reduce la morbimortalidad, subrayando la importancia de la experiencia y la formación específica. No obstante, incluso en sistemas avanzados, persisten eventos significativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar indicadores de calidad, protocolos estandarizados y estrategias de mejora continua

Contraste con otros ámbitos: La aviación

En contraste, la aviación civil ha alcanzado elevados estándares de seguridad mediante la implantación de protocolos obligatorios, estructurados y universalmente aceptados para todas las fases del transporte, con especial énfasis en la comunicación estandarizada y la gestión del error. Estas prácticas, integradas en una sólida cultura de seguridad, han demostrado reducir de forma significativa los incidentes y mejorar los resultados globales. Este enfoque, respaldado por organismos internacionales como la Organización de Aviación Civil Internacional, constituye un modelo de referencia aplicable a la mejora de la seguridad en el transporte sanitario.

Definición de transferencia

El transporte implica mucho más que la movilización física del paciente, sino que comprende una transferencia de cuidados entre los implicados. El término transferencia, –handoff o handover en inglés–, corresponde al traspaso de responsabilidad de cuidados de un paciente entre profesionales sanitarios, a través de la transmisión efectiva de toda la información necesaria sobre salud, diagnósticos vigentes, necesidades y objetivos terapéutico. Además del traslado de pacientes entre centros o dentro del mismo hospital, los procesos de transferencia están presentes en muchos actos cotidianos como los relevos asistenciales. En todos ellos, su principal propósito es mantener la continuidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente durante la transición de cuidados entre todos los implicados.

La transferencia de pacientes se considera un momento especialmente crítico para que se produzcan los errores de transmisión de información, responsables de más del 70% de los eventos adversos en el entorno sanitario. Garantizar la seguridad no es responsabilidad de un solo individuo, sino que requiere la implicación coordinada de todo el equipo multidisciplinar (médicos, enfermería y técnicos).

Fases del traslado: Un proceso continuo

El transporte de pacientes constituye un proceso continuo que incluye desde la decisión inicial hasta la reevaluación final en el destino. El proceso no termina cuando el paciente llega o sale la ambulancia, o bien llega al hospital receptor. Comprende todos estos procesos, secuenciales y en ocasiones simultáneos:

- Indicación

- Comunicación estructurada
- Aceptación responsable
- Preparación y estabilización
- Traslado
- Recepción segura
- Traslado intrahospitalario
- En todos: continuidad de cuidados y reevaluación

Indicación del traslado

Las indicaciones pueden ser clínicas (inestabilidad), de riesgo (potencial deterioro) u organizativas (falta de recursos o experiencia específica en el centro emisor).

La indicación de un traslado interhospitalario pediátrico se basa, en primer lugar, en la necesidad clínica del paciente y en la capacidad resolutiva del centro emisor. Se plantea cuando el niño presenta una patología que requiere recursos no disponibles localmente, como cuidados intensivos pediátricos, cirugía especializada, soporte ventilatorio avanzado o técnicas diagnósticas complejas. También influyen factores como la gravedad y evolución previsible del cuadro, el potencial beneficio del traslado frente a la permanencia, y la existencia de protocolos o redes asistenciales que definan circuitos de derivación.

A este respecto es importante conocer documentos orientativos, como el establecido por la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde se recogen criterios de admisión en dichas unidades de forma específica por disfunción de órganos y sistemas, así como procedimientos que pueden orientar la necesidad de traslado intra e interhospitalario. No obstante, estos criterios tienen que ser considerados en distintos sentidos. Determinadas unidades de hospitalización no crítica del hospital de referencia pueden asumir, en coordinación con la UCIP, inicialmente determinadas patologías que requieren cuidados intermedios. Y en otro sentido, centros con circunstancias como gran lejanía geográfica, o escasos recursos asistenciales pueden considerar un traslado anticipatorio de pacientes con potencial deterioro a unidades asistenciales no críticas, pero con acceso inmediato a las mismas.

Sin embargo, la posibilidad real de traslado no depende solo de la indicación clínica, sino también de condiciones logísticas y de seguridad. Es fundamental valorar la estabilidad del paciente y su capacidad para tolerar el transporte, optimizando previamente la situación clínica (vía aérea, ventilación, hemodinámica). Además, deben considerarse la disponibilidad de un equipo de transporte especializado, los medios adecuados (terrestres o aéreos), la distancia y el tiempo estimado, así como la coordinación efectiva entre el centro emisor y receptor, incluyendo la aceptación formal del paciente.

Por último, el proceso requiere un equilibrio entre riesgo y beneficio, ya que el traslado en sí mismo conlleva eventos adversos potenciales. Por ello, la decisión debe ser individualizada, consensuada entre profesionales y, siempre que sea posible, comunicada a la familia. Un traslado está indicado cuando el beneficio esperado de la atención en el centro receptor supera claramente los riesgos asociados al transporte y cuando existen garantías razonables de realizarlo en condiciones seguras y coordinadas.

La premisa fundamental es: "No trasladamos por diagnóstico, trasladamos por riesgo".

Comunicación estructurada: SBAR e IDEAS

Con el fin de mejorar el manejo de la información clínica, se recomienda implementar el uso por parte de todos los profesionales implicados de herramientas específicas para el traspaso de cuidados en cada una de las fases del transporte del paciente.

Se trata de modelos normalizados de transferencia, que aplican listas de verificación de contenidos para el manejo estructurado y homogéneo de la información esencial, e impedir así la omisión de datos críticos. Se persigue crear

así un modelo mental compartido, para que la información sea transferida con una estructura objetiva, completa y ordenada.

La mayoría de estas herramientas emplean acrónimos formados con las iniciales de los contenidos críticos de la secuencia de información, como ayuda mnemotécnica. Los dos más extendidos en nuestro entorno son IDEAS y SBAR, que, pueden requerir adaptaciones según la cantidad y complejidad de la información relevante, así como del número de profesionales implicados en el proceso.

Método SBAR: Uno de los sistemas más conocidos (acrónimo de Situation, Background, Assessment, Recomendation).

Es un método o estrategia de seguridad originalmente desarrollada por la armada norteamericana, y que se ha ido adaptando desde la década del 90 al ámbito sanitario, con una gran difusión.

Método IDEAS: Publicado en el 2013 por R. Delgado, ha sido adaptado para el paciente pediátrico por algunos hospitales materno-infantiles a nivel estatal y promovido por sociedades científicas como la SEPIH. IDEAS es el acrónimo de Identificación, Diagnóstico, Estado, Actuaciones, Signos y síntomas de alarma. Es una herramienta accesible, aplicable, de fácil memorización, rápida y eficaz. Está especialmente indicada para la transferencia de pacientes entre distintos servicios o unidades asistenciales. Consta de 5 apartados informativos, con los que se proporciona toda la información crítica para el seguimiento de un paciente, y permite preguntar y responder a todas las cuestiones principales relacionadas con el manejo clínico.

Aceptación responsable

La aceptación de un paciente para traslado interhospitalario por parte del hospital receptor constituye un acto clínico y organizativo de gran responsabilidad. No debe entenderse como una mera confirmación administrativa, sino como una valoración consciente de la capacidad real del centro para hacerse cargo del paciente en condiciones de seguridad (tabla 1).

Tabla 1. Verificaciones recomendadas antes de aceptar el traslado
Valoración clínica
Analizar la información clínica proporcionada por el hospital emisor, estimar la gravedad actual y prever posibles complicaciones o evolución durante las primeras horas tras la llegada.
Capacidad asistencial
Confirmar disponibilidad de cama hospitalaria adecuada (planta, unidad de observación, UCIP) y personal capacitado para el manejo del paciente.
Recursos diagnósticos y terapéuticos
Verificar acceso a pruebas urgentes, procedimientos o especialidades que puedan ser necesarias (cirugía pediátrica, cardiología, etc.).
Plan de recepción del paciente
Definir el circuito de llegada: ingreso directo en planta, paso por urgencias para reevaluación, o ingreso inmediato en UCIP u otra unidad especializada.
Coordinación interna
Informar a enfermería, admisión y unidades implicadas para preparar el entorno asistencial, reorganizar camas o activar medidas específicas como aislamientos infecciosos.
Colaboración interhospitalaria
Si el centro no puede asumir el caso por complejidad o limitaciones de recursos, facilitar alternativas: contacto con otras unidades del propio centro o con hospitales de referencia que puedan aceptar el traslado.

Antes de aceptar el traslado, el pediatra receptor debe analizar la situación clínica, prever la evolución probable y confirmar que el hospital dispone de los recursos diagnósticos, terapéuticos y humanos necesarios para el manejo del caso, evitando así que el paciente requiera un nuevo traslado imprevisto por falta de capacidad asistencial. Este proceso implica

comprobar aspectos organizativos clave, como la disponibilidad real de cama hospitalaria o de plaza en unidades específicas (por ejemplo, cuidados intensivos pediátricos), así como la accesibilidad a otras especialidades o unidades de referencia que pudieran ser necesarias si la situación clínica cambia.

Asimismo, debe definirse de forma clara el circuito de llegada del paciente al hospital receptor: ingreso directo en planta, paso previo por urgencias para reevaluación y estabilización, o traslado inmediato a una unidad de cuidados intensivos. Una aceptación responsable, basada en esta verificación previa, contribuye a reducir riesgos, evitar demoras asistenciales y garantizar la continuidad y calidad de la atención durante todo el proceso de transferencia.

Asimismo, la aceptación del traslado debe ir acompañada de una adecuada comunicación interna dentro del hospital receptor. Es necesario informar con antelación a enfermería y a los distintos recursos asistenciales implicados para permitir la preparación del entorno asistencial, lo que puede incluir la reorganización de camas, la reubicación de pacientes o la activación de medidas específicas como aislamientos infecciosos. Esta coordinación previa facilita una recepción segura y ordenada del paciente, minimizando riesgos y retrasos en la atención.

En aquellos casos en los que el hospital o servicio receptor no pueda aceptar el traslado, por exceder la complejidad clínica del paciente o por limitaciones de recursos disponibles, la respuesta no debe limitarse a una negativa. Es recomendable ofrecer apoyo al hospital solicitante, ya sea facilitando el contacto con otras unidades del propio centro que pudieran asumir el caso o ayudando a redirigir la solicitud hacia otros hospitales o unidades con capacidad disponible, colaborando en la medida de lo posible para encontrar la mejor alternativa asistencial para el paciente.

Activación del transporte. Selección del recurso en función del traslado y gravedad

La activación del transporte interhospitalario pediátrico debe realizarse tras la estabilización inicial y una valoración conjunta entre el hospital emisor y el receptor, definiendo la urgencia del traslado, el nivel de monitorización requerido y el recurso de transporte más adecuado. Diversas guías recomiendan que la elección del recurso se base en tres variables principales: gravedad clínica del paciente, distancia o tiempo estimado de traslado y disponibilidad de equipos especializados. Un enfoque estructurado permite evitar tanto retrasos en el traslado de pacientes críticos como el uso innecesario de recursos avanzados.

Además de la gravedad clínica, deben considerarse factores logísticos y organizativos, como la necesidad de soporte vital avanzado durante el trayecto, la estabilidad fisiológica del paciente y la accesibilidad al hospital receptor. En este sentido, los sistemas de transporte pediátrico especializados han demostrado mejorar la seguridad y la continuidad asistencial durante el traslado de niños críticamente enfermos.

Aunque el transporte aéreo puede reducir los tiempos de traslado en determinadas situaciones, la evidencia muestra que no siempre se asocia a mejores resultados clínicos, por lo que su utilización debe reservarse para situaciones en las que el tiempo o la distancia condicionan claramente la atención definitiva.

La activación del transporte pediátrico se fundamenta en la evaluación objetiva de la estabilidad clínica mediante escalas de triaje validadas como SCOPETAS (adaptada de la escala PT3). Este proceso se inicia con una valoración sistemática de los parámetros neurológicos, cardiovasculares y respiratorios, que asigna una puntuación numérica según la gravedad del deterioro, asignando recursos proporcionales a esa situación de riesgo (Tabla 2).

Un elemento crítico para la activación es la identificación de "diagnósticos significativos",

por su riesgo intrínseco de complicación, exigen un transporte especializado independientemente de que el paciente presente una puntuación clínica baja en ese momento. La implementación de estos criterios estandarizados busca la optimización de recursos y la reducción de la variabilidad clínica en la toma de decisiones.

La evidencia indica que el uso de estas escalas no solo mejora la seguridad del paciente al asegurar que los casos más graves reciban el equipo más especializado, sino que también genera una mayor eficiencia en el uso de recursos.

Tabla 2-. Escala SCOPETAS. Score Pediátrico de Transporte en Asturias (SCOPETAS).Laso-Alonnso et al

Sistema	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 respecto basal	Letárgico, confuso Pérdida de reflejo de tos y náusea Sedado o paralizado
Cardiovascular	Rosado Relleno capilar 1-2 s FC y/o TA <10% por encima o debajo de lo normal	Pálido Relleno capilar 3 s FC y/o TA 10% por encima o debajo de lo normal	Cutis marmórea Relleno capilar 3-4 s FC y/o TA 20% por encima o debajo de lo normal Cardiopatía congénita no reparada	Gris Relleno capilar <1 s o >4 s FC o TA 30% por encima o debajo de lo normal Necesidad de inotrópicos Arritmia inestable
Respiratorio	FR normal Sin trabajo respiratorio	FR >10 resp/min sobre lo normal Uso de musculatura accesoria Aleteo nasal Estridor con agitación O2 <3 L/min	FR >20 resp/min sobre lo normal Estridor en reposo O2 >3 L/min OAF/CPAP Nebulización continua Traqueostomía dependiente de VM Agotamiento muscular	FR >5 resp/min por debajo de lo normal Hipoventilación Alteración del nivel de conciencia Compromiso respiratorio BiPAP / VMI

Diagnósticos significativos	
Vía aérea	Neumotórax con compromiso respiratorio, obstrucción de vía aérea superior, historia de vía aérea complicada, fractura mandibular con compromiso de vía aérea
Neurológico	Disfunción de válvula de derivación ventricular, masa intracraneal de nuevo diagnóstico, hemorragia intracraneal, status epiléptico o convulsiones de difícil control
Gastrointestinal	Cuerpo extraño esofágico, vólvulo/malrotación intestinal, apendicitis perforada, hernia incarcerada
Quirúrgico/Traumatológico	Quemaduras >5% superficie corporal, quemadura circunferencial Lesión cervical, síndrome compartimental, politraumatismo, fractura pélvica
Otros	Probable infección en paciente inmunocomprometido, pérdida aguda de visión, cetoacidosis diabética, potasio >6.5 mmol/L, plaquetopenia <20.000/µL con sangrado
Recomendaciones de transporte	
Puntuación máxima en una sola categoría	3: Médico + enfermería + técnico. Transporte más rápido posible 2: Médico + enfermería + técnico 1: Enfermería + técnico 0: Técnico
Puntuación total	≥3: Médico + enfermería + técnico + transporte más rápido posible 1–2: Enfermería + técnico 0: Técnico
Cualquier dx significativo	3: Médico + enfermería + técnico + transporte más rápido posible

Estabilización del paciente ABCDE pediátrico

La decisión final de traslado debe equilibrar el beneficio potencial del manejo en un centro de mayor complejidad con los riesgos inherentes al transporte, asegurando que el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles antes de iniciar el traslado.

La estabilización del paciente antes del traslado constituye uno de los pilares fundamentales de la seguridad en el transporte pediátrico. El objetivo principal es optimizar las funciones vitales y reducir al máximo el riesgo de deterioro clínico durante el traslado, un entorno donde los recursos diagnósticos y terapéuticos son necesariamente más limitados. Siempre que la situación clínica lo permita, debe priorizarse una estabilización adecuada frente a un traslado precipitado, ya que numerosos eventos adversos durante el transporte se relacionan con problemas no detectados o no corregidos previamente.

La valoración inicial debe seguir un enfoque sistemático basado en ABCDE, con especial atención a la permeabilidad de la vía aérea, la estabilidad respiratoria y hemodinámica, el estado neurológico y el control metabólico. Esto incluye asegurar una vía aérea estable (considerando la intubación si existe riesgo de deterioro), optimizar la ventilación y oxigenación, establecer accesos vasculares fiables, iniciar el tratamiento de la inestabilidad hemodinámica, corregir alteraciones metabólicas relevantes y proporcionar analgesia y sedación adecuadas cuando sea necesario. Asimismo, deben revisarse los dispositivos, la monitorización y la fijación de catéteres o drenajes para evitar complicaciones durante el transporte.

Esta lista de verificación debe comprobarse a la llegada del equipo de traslado, reajustando su nivel asistencial si se produce un cambio significativo desde que se activó la solicitud de transporte (Tabla 3).

Tabla 3: Checklist previa transporte

A – Airway (Vía aérea)
- ¿Vía aérea segura?
- ¿Necesidad de intubación previa?
- ¿Tubo bien fijado y posición comprobada?

B – Breathing (Respiración)
- Saturación estable
- Ventilación adecuada
- Gasometría si relevante

C – Circulation (Hemodinámico)
- Acceso IV/IO seguro (≥1–2 accesos)
- Shock tratado
- Bombas de infusión funcionando

D – Disability (Sistema Nervioso Central)
- Nivel neurológico documentado
- Glucemia comprobada y corregida

E – Exposure / Environment (Exposción/Ambiente)
- Control de temperatura
- Inmovilización si trauma

Dispositivos
- Tubos, drenajes y catéteres bien fijados

Monitorización
- ECG
- $SatO_2$
- Presión arterial

Logística
- Oxígeno suficiente
- Baterías

Medicación para el trayecto

El transporte especializado

El traslado interhospitalario del paciente pediátrico constituye una fase crítica del proceso asistencial, que comienza con la recepción del paciente por el equipo de transporte en el hospital emisor y finaliza con su transferencia formal al equipo del centro receptor. En primer lugar, el equipo debe realizar una recepción estructurada de la información clínica y una reevaluación sistemática del estado del paciente, confirmando la indicación del traslado y su estabilidad para el transporte. Esta valoración debe incluir una revisión del ABC (vía aérea, respiración y circulación), el estado neurológico, la situación hemodinámica y los tratamientos en curso. Antes de iniciar el traslado es imprescindible optimizar la estabilización clínica, asegurar la fijación de dispositivos (vía aérea, accesos vasculares, drenajes) y garantizar una

monitorización adecuada y el funcionamiento correcto de los equipos de transporte.

Una vez completada la preparación, el paciente se moviliza de forma segura a la camilla o incubadora de transporte y se conecta a los sistemas portátiles de monitorización, ventilación y perfusión. Durante el trayecto, el equipo de transporte debe mantener una monitorización continua de las constantes vitales, anticipar posibles complicaciones y registrar cualquier intervención realizada. La comunicación con el hospital receptor es también un elemento clave, ya que permite actualizar la situación clínica del paciente y asegurar que el equipo receptor esté preparado para la llegada.

El transporte sanitario implica, sin embargo, riesgos inherentes al propio traslado, derivados tanto de la situación clínica del paciente como del entorno.

Estos riesgos pueden verse incrementados por las condiciones específicas del transporte terrestre o aéreo. En el transporte terrestre, las vibraciones, aceleraciones y frenadas pueden afectar a la estabilidad del paciente y a la precisión de la monitorización.

En el transporte aéreo, especialmente en helicóptero o avión, se añaden factores fisiológicos adicionales como cambios de presión atmosférica, expansión de gases, hipoxia relativa, ruido intenso y vibraciones, que pueden repercutir en la ventilación, la presión de los dispositivos con aire (neumotaponamientos, sondas, drenajes) y la estabilidad hemodinámica. Por ello, la correcta estabilización previa, la preparación del equipo y la comunicación estructurada con el centro receptor son elementos fundamentales para minimizar el riesgo de deterioro clínico durante el traslado y garantizar una transferencia segura del paciente. Las fases y acciones del proceso de transporte interhospitalario se encuentran resumidas de forma estructurada en la tabla 4.

Tabla 4.- elementos y acciones que integran el proceso del transporte interhospitalario

Fase	Contenidos principales
1. Recepción del paciente en hospital emisor	Presentación del equipo de transporte; verificación de identidad e indicación del traslado; recepción estructurada de la información clínica; revisión de documentación e informes.
2. Reevaluación clínica	Valoración sistemática ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico, perfusión, temperatura, accesos vasculares y dispositivos)
3. Estabilización previa	Optimización de vía aérea y ventilación; soporte hemodinámico; analgesia y sedación; corrección de alteraciones metabólicas; control térmico; inmovilización si procede
4. Preparación para el transporte	Monitorización (ECG, $SatO_2$, presión arterial, capnografía si ventilación avanzada); revisión de ventilador, bombas de perfusión, oxígeno disponible y material de emergencia; fijación segura de dispositivos
5. Movilización al sistema de transporte	Transferencia segura a camilla o incubadora; conexión a monitorización y equipos portátiles; verificación final antes de la salida
6. Transporte y monitorización	Monitorización continua de constantes; registro de eventos; intervenciones clínicas si se precisan durante el trayecto
7. Comunicación con hospital receptor	Actualización del estado clínico durante el traslado; confirmación del tiempo estimado de llegada; preparación del equipo receptor
8. Llegada y transferencia	Traslado a la unidad receptora; conexión a equipos hospitalarios; entrega estructurada de la información clínica (handover)
9. Cierre del traslado	Confirmación de recepción del paciente; entrega de documentación clínica; registro del transporte y revisión del material del equipo

Funciones clave de la enfermería en estabilización y salida del hospital emisor

En el conjunto del traslado pediátrico, la enfermería desempeña un papel central como garante operativo de la seguridad del proceso. Su función no se limita a acompañar al paciente, sino a asegurar que cada elemento del traslado —clínico, técnico y humano— esté preparado para evitar eventos adversos. La literatura sobre transporte pediátrico destaca que los equipos especializados, frecuentemente liderados o integrados por enfermería con formación específica, reducen complicaciones evitables mediante vigilancia continua, verificación sistemática y detección precoz de deterioro clínico. En este contexto, la enfermera actúa como "guardia de seguridad del sistema", anticipando fallos potenciales antes de que se conviertan en incidentes durante el traslado. Un elemento clave de este rol es la verificación activa de aspectos que con frecuencia pasan inadvertidos en situaciones de presión asistencial. Esto incluye desde la correcta fijación de accesos y la disponibilidad real de baterías, oxígeno o consumibles, hasta la comprobación de que las dosis de medicación están ajustadas al peso del niño.

La enfermería también lidera con frecuencia la comunicación entre profesionales de enfermería entre centros y equipos, con un intercambio altamente práctico que permite identificar discrepancias entre lo planificado y lo realmente ejecutado en la estabilización previa. Esta mirada operativa facilita además la detección precoz de riesgos, como el estrés del niño, la posibilidad de deterioro durante la movilización o las limitaciones logísticas de la familia.

Por último, la enfermería suele ser el profesional que integra aspectos técnicos con la dimensión humana del traslado. Además de garantizar la seguridad clínica, evalúa aspectos frecuentemente olvidados: si la familia puede acompañar al niño, cómo se trasladará hasta el hospital receptor o qué información necesita para comprender el proceso. Esta función de coordinación y vigilancia resume bien una idea ampliamente compartida en transporte pediátrico.

Recepción segura

La recepción del paciente constituye una fase crítica del proceso de traslado, en la que la continuidad asistencial puede verse comprometida si no existe una transición estructurada entre equipos. Aunque el foco suele situarse en los primeros minutos tras la llegada, la seguridad comienza realmente desde el momento en que se activa el traslado. Durante el tiempo de transporte, el equipo receptor debe preparar el área asistencial, anticipar necesidades clínicas y activar a los profesionales implicados, de forma que el entorno esté listo para asumir al paciente sin retrasos ni improvisaciones (Tabla 5).

Esta preparación permite reorganizar el resto de la actividad asistencial y asegurar que el equipo pueda estar plenamente disponible en el momento de la transferencia.

Los primeros 10 minutos tras la llegada son especialmente relevantes para detectar cambios clínicos asociados al traslado. El transporte implica movilización, cambios ambientales, vibraciones y modificaciones en la monitorización o terapias, factores que pueden provocar deterioro incluso en pacientes aparentemente estables. Por ello, el principio de seguridad clave es claro: "Venía bien ≠ está bien."

La llegada del paciente debe implicar una reevaluación clínica completa, evitando asumir que el diagnóstico y estado inicial, dado que la evolución clínica puede aportar nuevos datos que impliquen consecuencias para el paciente, y haya que modificar el plan inicialmente planteado (por ejemplo que el paciente tenga que ir directamente a UCIP en vez de a la planta convencional de hospitalización)

Tabla 5.- Acciones clave durante la recepción del paciente en el hospital de destino		
Momento	Acción clave	Objetivo de seguridad
Antes de la llegada	Activación del equipo receptor	Garantizar disponibilidad de profesionales clave
	Organizar asistencia del resto de pacientes	Evitar interrupciones por necesidades no atendidas de otros pacientes, garantizar disponibilidad de recursos, equipos y espacios
	Preparación del área y equipamiento	Evitar retrasos en monitorización o soporte
	Anticipación de necesidades clínicas	Preparar medicación, ventilación o dispositivos
Llegada del paciente	Presencia del equipo completo	Facilitar una transferencia segura (SISTEMÁTICA IDEAS)
	Asignación de roles (líder, vía aérea, monitorización, registro)	Mejorar coordinación y rapidez
Primeros 10 minutos	Reevaluación ABCDE inmediata	Detectar deterioro relacionado con el transporte
	Conciliación de tratamientos	Confirmar perfusiones, dosis y terapias
	Registro clínico inicial	Documentar estado y actuaciones tras la llegada
	Handover estructurado A → B	Asegurar transferencia completa de información

La transferencia asistencial debe realizarse mediante un handover estructurado entre el equipo de transporte (A) y el equipo receptor (B), idealmente con la presencia simultánea de los pediatras y responsables de enfermería de ambos equipos, mediante herramientas como el IDEAS. En ese momento se asignan roles dentro del equipo receptor y se inicia una reevaluación sistemática ABCDE, junto con la conciliación de tratamientos administrados durante el traslado y el registro clínico inicial en el centro receptor. Este proceso garantiza una transición segura y minimiza pérdidas de información o retrasos en intervenciones.

Traslado intrahospitalario

La transferencia intrahospitalaria del paciente pediátrico crítico suele percibirse como un procedimiento de bajo riesgo por realizarse dentro del propio hospital; sin embargo, “estar en el hospital no significa estar fuera de riesgo”. Los traslados internos (a radiología, quirófano, UCI u otras unidades) concentran una proporción significativa de eventos adversos, ya que implican movilizar al paciente fuera de su entorno monitorizado habitual, con cambios en el equipamiento, interrupciones potenciales en la monitorización y exposición a entornos menos controlados. Por ello, deben abordarse con el mismo rigor organizativo que un traslado interhospitalario.

Tabla 6.- Niveles de riesgo en el traslado intrahospitalario pediátrico

Nivel de riesgo	Situación clínica orientativa	Personal acompañante	Monitorización y soporte
Nivel 0	Paciente sin compromiso respiratorio, circulatorio ni neurológico	Celador	No precisa
Nivel 1 (bajo)	Paciente clínicamente estable, con soporte respiratorio básico (gafas nasales),sin perfusiones vasoactivas	Enfermería ± celador	Monitor básico (ECG, $SatO_2$), material básico de emergencia
Nivel 2 (intermedio)	Paciente estable pero con soporte respiratorio (oxígeno alto flujo, ventilación no invasiva) o perfusiones continuas	Médico + enfermería	Monitor multiparámetro completo, bombas de perfusión, medicación de rescate
Nivel 3 (alto)	Paciente crítico: ventilación mecánica invasiva, soporte vasoactivo, riesgo elevado de deterioro	Médico experto + enfermería (± segundo profesional)	Monitorización completa, ventilador de transporte, bombas múltiples, material avanzado de vía aérea y reanimación

Una estrategia útil es clasificar los traslados intrahospitalarios según niveles de riesgo (0–3) en función de la estabilidad clínica del paciente y del soporte terapéutico requerido (tabla 6). Esta clasificación permite ajustar de forma anticipada el personal acompañante, el nivel de monitorización y el material necesario, garantizando que los recursos sean proporcionales al riesgo.

Independientemente del nivel asignado, resulta fundamental emplear listas de verificación específicas de traslado, que incluyan la verificación de monitorización, ventilación, accesos, medicación en perfusión, así como la planificación de la ruta y la comprobación de la autonomía de gases y baterías antes de iniciar el desplazamiento.

Además, la logística del hospital debe formar parte de la preparación: ascensores disponibles, anchura de pasillos, itinerarios alternativos y coordinación con el personal de las áreas de destino pueden influir de forma decisiva en la seguridad del traslado. La anticipación de estos elementos —junto con la asignación clara de funciones dentro del equipo— permite reducir retrasos, evitar interrupciones asistenciales y mantener la estabilidad del paciente durante todo el recorrido intrahospitalario. Esta clasificación permite estandarizar la preparación del traslado, facilitando que antes de iniciar el desplazamiento se verifiquen de forma sistemática los elementos clave (equipo humano, monitorización, material y logística del recorrido). Integrada dentro de un checklist estructurado de traslado, contribuye a reducir eventos adversos y a mejorar la seguridad del paciente durante los desplazamientos dentro del hospital.

También existe un modelo que prioriza los elementos de seguridad durante el traslado del paciente grave en función de los tres planos de seguridad.

Conclusiones

Como conclusión, el traslado del paciente pediátrico hospitalizado debe entenderse como un proceso continuo y dinámico, que abarca desde la indicación del traslado hasta la recepción y transferencia final del paciente. En todas sus fases —estabilización, preparación, traslado y recepción— es fundamental garantizar la continuidad de los cuidados, evitando interrupciones en la monitorización, el soporte terapéutico o la comunicación entre equipos. En este contexto, la reevaluación clínica continua constituye el verdadero pilar del proceso: el estado del paciente puede cambiar en cualquier momento, por lo que la valoración periódica y la capacidad de anticipación del equipo permiten detectar precozmente signos de deterioro y actuar con rapidez.

La seguridad del traslado se apoya además en herramientas estructuradas de transferencia, como el sistema IDEAS y en el papel activo de los profesionales implicados. En particular, enfermería desempeña un rol clave como garante de la seguridad, actuando en muchas ocasiones como el “Pepito Grillo” del proceso al verificar de forma sistemática que cada paso se realice correctamente y que ningún elemento crítico quede sin revisar. La utilización sistemática de checklists dirigidos a los profesionales —antes, durante y después del traslado— favorece la estandarización de las prácticas, mejora la comunicación entre equipos y reduce la probabilidad de errores, contribuyendo de forma decisiva a que el traslado sea un procedimiento seguro para el paciente pediátrico.

Referencias bibliográficas

1. 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
2. Meyer K, Totapally BR. Neonatal and Pediatric Transport: A Contemporary Review. Children. 2026;13(2):175. doi:10.3390/children13020175.
3. 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
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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
8. 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