



Procedimiento de Actuación en los Traslados Secundarios con pacientes afectos de patología crítica por COVID – 19

El procedimiento a continuación descrito regula las actuaciones a seguir en el proceso de realización de un Traslado Secundario de un paciente afecto de patología crítica derivada del COVID – 19 en una Unidad de Soporte Vital Avanzado.

A efectos de desarrollo del procedimiento, dividiremos el mismo en 6 fases.

1.- Fase de Recogida de Información.

Tras la solicitud de un traslado secundario por parte de la Comunidad de Madrid, el Jefe de División de Guardia responsable de esta función se pondrá en contacto con dicho Servicio para recabar la información precisa para la realización del mismo. Esta información debe contener como mínimo, si es posible, los siguientes datos:

- Datos de filiación del paciente.
- Hospital de origen y hospital de destino.
- Unidad de hospitalización del hospital de recogida, con el nombre del médico responsable del paciente. Se preguntará por la localización de dicha unidad dentro del Hospital (planta, servicio, etc.)
- Unidad de hospitalización del hospital de destino. Nombre del médico que recibirá al paciente. Se solicitará un número de teléfono de la unidad de hospitalización de recepción.
- Datos clínicos del paciente.
 - o Proceso patológico por el que es trasladado. Evolución del mismo y antecedentes patológicos de importancia.
 - o Situación clínica de estabilidad del paciente y constantes actuales.
 - o Drogas que le están siendo administradas. Perfusiones, necesidades de bombas de infusión. Vías venosas y arteriales. Sondajes.
 - o Oxigenoterapia administrada. Si está aislada la vía aérea: parámetros ventilatorios actuales.
- Otras circunstancias especiales del caso a reseñar.

2.- Fase de ida al Hospital receptor.

La Central de Comunicaciones activará a una unidad de SVA, a la que acompañará un vehículo de apoyo a la intervención NBQ. Este último vehículo contará con personal especialista en la puesta y retirada del equipo de protección individual.

Previamente a la entrada al Hospital, y tras colocación del vehículo en un lugar adecuado para la recepción del paciente, el personal de apoyo a la intervención vestirá, según procedimiento, a los tres componentes del equipo con un traje de protección tipo I, mascarilla FFP3, gafas de protección integral y calzas o botas.

El equipo sacará la camilla de la unidad, sobre la que colocará los elementos necesarios para el traslado, que constarán como mínimo de: monitor desfibrilador, respirador con las tubuladuras y filtros (en el caso de un paciente intubado), bomba de perfusión con su sistema, botella de oxígeno de transporte, pulsioxímetro-capnógrafo (si este no estuviera integrado en el monitor) y manguito de compresión de TA (que utilizaremos como presurizador de sueros para el mantenimiento de la vía arterial) si el paciente portara una vía arterial. No debemos olvidar el balón de reanimación.



Un componente del equipo de apoyo a la intervención se adelantará para conocer el camino más adecuado a seguir dentro del Hospital.

3.- Fase de Contacto con el paciente.

A la llegada a la unidad de hospitalización, se preguntará por el médico responsable del paciente, del que nos habrá informado previamente el Jefe de Guardia.

Una vez en contacto, se le preguntará por todos aquellos datos clínicos transmitidos al Jefe de Guardia, comprobando si en ese momento ha habido una evolución en cualquier sentido con respecto a lo anteriormente informado.

Le solicitaremos al médico responsable del paciente un informe clínico para el médico del hospital receptor.

Previamente al paso del paciente a la camilla, se seguirá un orden en el cambio de monitorizaciones, perfusiones y drenajes:

- Perfusiones y demás medicación.
 - o Se valorará qué perfusiones precisan de bomba de infusión (fundamentalmente se priorizarán las drogas vasopresoras y antiarrítmicas).
 - o Se valorará la administración de los elementos sedoanalgésicos, bien a través de bolos (se solicitará que sean preparados por el equipo de la unidad hospitalaria) o bien en sistemas dial a flow. Si hay que administrar bolos de sedantes o relajantes, deberíamos mantener los fármacos que ya está recibiendo, solicitando viales de esos fármacos.
 - o Se ajustarán en ese momento las drogas sedorelajantes en caso de paciente intubado, de cara al tiempo que puede durar el traslado primario hasta la unidad.
- A continuación, se cambiarán las monitorizaciones: ECG, TA, pulsioximetría.
- Se clamparán o sujetarán los drenajes y sondas para el paso a la camilla.
- Por último, y si el paciente está intubado, se adecuarán los parámetros del respirador al paciente.
 - o De forma general, mantendremos los parámetros que estén usando en el hospital (si están en modo IPPV). De no ser así, utilizaremos ese modo para el traslado, procurando previamente la necesaria sedorelajación que implica ese modo respiratorio.
 - o De modo general, se realizará el traslado con una FiO₂ de 1.
 - o Se mantendrá la misma PEEP que en el Hospital (usualmente estos pacientes requieren PEEP de 10 mbar o superiores). Comprobar, a este respecto, que el neumotaponamiento esté bien sellado.
 - o Mantendremos un volumen y frecuencia similar a la del hospital. Habitualmente, estos pacientes suelen requerir volúmenes respiratorios bajos con frecuencias altas.
 - o Dado que nuestro respirador es volumétrico, quizás debamos subir el límite de presión máxima a 40 mbar, y comprobaremos que la presión meseta no supera los 30 mbar.
- En ese momento, y manteniendo todavía al paciente conectado a su respirador, transferiremos el paciente a la camilla.
 - o Comprobaremos tras este paso que no se ha desconectado ninguna monitorización, vías o drenajes.
 - o Comprobaremos que el cambio no ha afectado a la estabilidad hemodinámica del paciente. Si así ha sido, esperaremos a estabilizarle previamente al siguiente paso.
- Por último, y justo antes de irnos, conectaremos el paciente a nuestro respirador, utilizando nuestra botella de oxígeno.



- Usar, para conectar el paciente a nuestro respirador, un filtro de alta efectividad. Si el paciente tuviera otro, mantener los dos.
- Dada la capacidad de la botella de oxígeno, debemos comenzar el traslado hacia la unidad lo antes posible.
- En el cambio, es posible que haya un desreclutamiento y haya momentos de baja saturación que volverán a sus parámetros anteriores. Cuidado con las desconexiones y despresurizaciones.

4.- Fase de Traslado hacia el Hospital de destino.

El equipo de apoyo nos conducirá hacia el hospital. Previamente a la salida hacia la unidad de hospitalización receptora, nos descontaminarán botas y guantes, así como las ruedas de la camilla, y nos dirigirán hacia la unidad de SVA. Se subirá al paciente a la unidad de SVA de forma autónoma, sin intervención del equipo de apoyo.

El equipo completo, médico, enfermero y técnico, se situará en la cabina asistencial, procediendo a la conducción del vehículo por uno de los miembros del equipo de apoyo.

Una vez en la unidad, se comprobará que no se han producido desconexiones en vías, sondas y monitorizaciones, procediendo a una toma de constantes previamente al inicio de la marcha.

Durante el traslado, se ira reevaluando la situación del paciente, prestando atención a sus cifras de SatO₂, TA y monitorización ECG.

Todas las comunicaciones con el técnico conductor se realizarán a través del interfono de la Unidad.

5.- Fase de llegada al Hospital de Destino.

Durante el trayecto, una de las personas del equipo de apoyo avisará a la unidad de destino del hospital receptor del tiempo aproximado de llegada.

Una vez la ambulancia se haya detenido, realizaremos una última determinación de constantes e iremos preparando en la camilla todos los dispositivos de electromedicina, sondas y drenajes del paciente, para bajar al paciente de la unidad.

Se comprobará especialmente el contenido de oxígeno de la botella portátil. Si fuera necesario, el personal de apoyo proporcionará una botella de reserva.

Previamente a la entrada al hospital receptor, el equipo de apoyo desinfectará botas y guantes de los tres componentes de la Unidad, así como las ruedas de la camilla.

A la llegada a la unidad de destino, el médico de la Unidad contactará con el médico receptor para transmitirle la información clínica del paciente, tanto la de origen como la de evolución durante el traslado.

Se realizará una transferencia del paciente a la cama de la unidad designada, que se realizará siguiendo las indicaciones del personal de la unidad de hospitalización receptora. El enfermero de la Unidad de SVA comunicará al enfermero de la unidad de hospitalización todo lo referido a perfusiones, vías, sondas, drenajes, etc.

Se procurará, en lo posible, que el primer elemento a conectar en la unidad hospitalaria receptora sea el respirador, dadas las limitaciones de oxígeno.

Tras finalizar la transferencia, los tres miembros del equipo serán sometidos a una limpieza de botas y guantes, previamente a salir de la unidad de destino.



Una vez en la unidad de SVA, los tres componentes, con el equipo de protección puesto en su totalidad, se situarán en la cabina asistencial. El conductor del vehículo será uno de los técnicos del equipo de apoyo.

6.- Fase de descontaminación.

La ambulancia se dirigirá hacia la Base Central donde se procederá a la descontaminación y retirada del equipo de protección de los intervinientes y a la descontaminación de la propia unidad.