

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO PEDIATRÍA

TEMA:

***ANÁLISIS SITUACIONAL Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN
DE UN PROCESO DE TRANSFERENCIA Y TRANSPORTE NEONATAL
ECUATORIANO***

AUTORES:

Mayra Alexandra Ojeda Aguilar.MD

Karina Alexandra Vargas Muñoz.MD

Director:

Dr. Iván Dueñas

Tutor metodológico

MsC. Daniel Maldonado

QUITO-ECUADOR

2020

ÍNDICE

Lista de tablas.....	v
Lista de gráficos.....	viii
DEDICATORIA	ix
AGRADECIMIENTO	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
DEFINICIONES	4
CAPÍTULO II.....	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. TRANSPORTE NEONATAL	8
2.1.1. DEFINICIÓN.....	8
2.1.2. CONDICIONES DE TRASLADO.	9
2.2. MEDIOS DE TRANSPORTE	11
2.2.1. TRANSPORTE EXTRAHOSPITALARIO:	13
2.2.2. TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO:	14
2.2.3. EQUIPO PARA EL TRANSPORTE	14
2.3. FASES DE DEMORA EN EL TRANSPORTE NEONATAL	15
2.4. CADENA DE TRANSPORTE.....	17
2.5. EQUIPOS DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE	18
2.6. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS (CCU).....	18

2.7. FUNCIONES DE CADA PARTE ENCARGADA DEL TRANSPORTE NEONATAL.....	19
2.8. TIPOS DE TRASLADO:.....	21
2.9. FASES O ETAPAS DE UN TRASLADO	22
2.10. TRANSPORTE NEONATAL EN EL ECUADOR	23
CAPÍTULO III.....	33
MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	33
3.2. PROBLEMA	36
3.3. OBJETIVOS.....	37
3.3.1. General.....	37
3.4. HIPÓTESIS.....	38
3.5. METODOLOGÍA CUANTITATIVA – ESTUDIO DESCRIPTIVO	38
3.5.1. Instrumentos de recolección de información:.....	38
3.5.2. Población y consideraciones muestrales:	38
3.5.3. Análisis de redes:	39
3.5.4. Determinantes del número de transferencias a nivel institucional:	40
3.5.5. Plan de análisis:	40
3.6. METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	40
3.6.1. Universo:	41
3.6.2. Grupos focales y entrevistas a profundidad:	41
- Criterios de inclusión:	41
- Criterios de exclusión:	42
3.6.3. Plan de análisis cualitativo:.....	42

3.6.4. Análisis de las barreras percibidas para llevar a cabo una transferencia neonatal apropiada:.....	42
3.6.5. Instrumentos.....	45
3.6.6. Plan análisis de datos.....	45
3.7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	46
3.8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	46
3.8.1. Recursos necesarios:.....	46
CAPÍTULO IV.....	48
RESULTADOS.....	48
4.1. ESTADÍSTICA CUANTITATIVA.....	48
4.2. ESTADÍSTICA CUALITATIVA.....	66
4.2.2. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI.....	68
CAPÍTULO V.....	120
DISCUSIÓN.....	120
CAPÍTULO VI.....	126
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	126
6.1. CONCLUSIONES.....	126
6.2. RECOMENDACIONES.....	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS.....	135

Lista de tablas

Tabla 1. Tipos de transporte	13
Tabla 2. Escenario ideal para la distribución de ambulancias	31
Tabla 3. Inventario actual de ambulancias de transporte primario y secundario en el Ecuador	32
Tabla 4. Estado de ambulancias a nivel nacional	32
Tabla 5. Zona de planificación territorial de referencia en el año 2015.	49
Tabla 6. Detalle de referencias por provincias a nivel nacional, durante el año 2015.	50
Tabla 7. Detalle de unidades de salud identificadas como centros con mayor emisión-recepción	52
Tabla 8. Principales unidades de salud identificadas como emisores, año 2015.	53
Tabla 9. Emisiones de acuerdo al tipo	54
Tabla 10. Tipo de establecimiento emisor y receptor	57
Tabla 11. Zona emisora y centro de salud receptor	59
Tabla 12. Lista de participantes	68
Tabla 13. Lista de participantes	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 14. Operacionalización de variables.	141

Lista de figuras

Figura 1. Causa básicas de muerte neonatal evitable: reporte 2019. Ministerio de Salud Pública del Ecuador	7
Figura 2. Traslado posnatal.....	11
Figura 3. Registro de camas en el Ecuador año 2018	29
Figura 4. Red principal de transferencias neonatales del año 2015.....	60
Figura 5. Subred Tena corresponde como eje principal Hospital José María Velasco Ibarra, como unidad receptora de tercer nivel de atención	61
Figura 6. Subred Quito corresponde como eje principal Hospital Baca Ortiz, como unidad receptora de tercer nivel de atención	62
Figura 7. Subred Guayaquil corresponden como ejes principales Hospital Gilbert Pontón y Hospital Icaza Bustamante, como unidades receptoras de tercer nivel de atención	63
Figura 8. Subred Loja corresponde como eje principal Hospital Provincial General Isidro Ayora, como unidad receptora de tercer nivel de atención.....	64
Figura 9. Subred Cuenca corresponde como eje principal Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, como unidad receptora de tercer nivel de atención.....	65
Figura 10. Transporte neonatal en el establecimiento de salud.....	69

Figura 11. Paso más importante en el proceso de transferencia y transporte neonatal.....	72
Figura 12. Realización dentro de los protocolos de los procedimientos o pasos importantes en la transferencia de neonatos.....	75
Figura 13. Procedimientos en el protocolo que en la actualidad no se realizan y la factibilidad de que puedan ser implementados en el centro de salud	78
Figura 14. Barreras o desafíos existentes que limitan un servicio de transporte neonatal apropiado para los bebés en su establecimiento de salud.....	81
Figura 15. Cambios requeridos para la implementación de un proceso de transporte neonatal en el establecimiento de salud.....	83
Figura 16. Fortalezas o desafíos que se observan en la actualidad en el Centro de Salud en relación a la implementación de un proceso de transporte neonatal apropiado al comparar con el existente.....	86
Figura 17. Categorías emergentes en relación al funcionamiento actual del Sistema de transporte neonatal con base a la opinion de los entrevistados	88
Figura 18. Codificación Axial hospital Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora	93
Figura 19. Procesos del transporte neonatal en el establecimiento de salud.....	95
Figura 20. Paso más importante en el proceso de transferencia y transporte neonatal.....	97
Figura 21. Realización dentro de los protocolos de los procedimientos o pasos importantes en la transferencia de neonatos	99
Figura 22. Procedimientos en el protocolo que en la actualidad no se realizan y la factibilidad de que puedan ser implementados en el centro de salud	102

Figura 23. Barreras o desafíos existentes que limitan un servicio de transporte neonatal apropiado para los bebés en su establecimiento de salud.....	105
Figura 24. Cambios requeridos para la implementación de un proceso de transporte neonatal en el establecimiento de salud.....	108
Figura 25. Fortalezas o desafíos que se observan en la actualidad en el Centro de Salud en relación a la implementación de un proceso de transporte neonatal apropiado al comparar con el existente.....	111
Figura 26. Categorías emergentes en relación al funcionamiento actual del Sistema de transporte neonatal con base a la opinión de los entrevistados	114
Figura 27. Codificación Axial Hospital José María Velasco Ibarra	119

Lista de gráficos

Gráfico 1. Operativo del subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia	25
---	----

DEDICATORIA

El presente trabajo de tesis, lo dedicamos a nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años por darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados para nosotros, la especialidad de Pediatría.

Gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

Mayra y Karina

AGRADECIMIENTO

Al concluir una etapa maravillosa de nuestra vida queremos extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este anhelado sueño, aquellos que junto a nosotros caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Esta mención en especial para DIOS, y nuestros padres. Muchas gracias a ustedes por demostrarnos que “El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere.”

Nuestra gratitud, también a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, nuestro agradecimiento sincero a los asesores de tesis Dr. Iván Dueñas y Dr. Daniel Maldonado, a su vez a los doctores Anabel Sánchez y Pablo Burbano por su significativa ayuda en la depuración de la base de datos y en el análisis de Redes. gracias a cada docente quienes con su apoyo y enseñanzas contribuyeron en el crecimiento de nuestro desarrollo profesional.

Mayra y Karina

RESUMEN

Introducción: La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer la realidad del transporte neonatal en el Ecuador, considerando que la mortalidad neonatal contribuye con una importante proporción de la mortalidad entre los menores de cinco años. Actualmente, no se conoce con exactitud la proporción de mortalidad neonatal que se debe a un transporte neonatal inadecuado, es por esta razón que este trabajo final de titulación, utilizando los datos de transporte neonatal recolectados de la base de datos de Red Pública Integral de Salud, analizó a las redes de establecimientos de salud (ES) emisoras y receptoras que mayoritariamente gestionan las transferencias neonatales; además, se analizó las barreras y facilitadores percibidos para un adecuado transporte neonatal en trabajadores de la salud de tres ES de Pichincha, Napo y Orellana.

Metodología: En la presente investigación se utilizaron dos enfoques metodológicos: uno cuantitativo, a través de la recolección de datos de las transferencias neonatales a nivel nacional y análisis de redes, con la elaboración de gráficos de redes para representar matemáticamente la estructura, dirección e intensidad de las relaciones entre distintas entidades; y otro enfoque cualitativo, mediante el análisis de grupos focales y entrevistas a profundidad al personal de salud en las provincias Pichincha, Napo y Orellana por ser las de mayor transferencia neonatal.

Resultados: Solo fue posible acceder a las transferencias del año 2015. Se identificó un total de 2 615 transferencias en el año 2 015, de la cual la zona territorial número 2, correspondiente a Pichincha, Napo y Orellana como el área de mayores transferencias a nivel nacional con un número de 1 133 transferencias. De estas, las unidades correspondientes a la Provincia de Tena destacan con un mayor número de transferencias. El primer nivel de atención (centro de salud tipo a, b, y c) son los que realizan más números de referencias a centros de mayor complejidad, en un 47.3 %, seguido de segundo nivel de atención (hospital básico y general), con el 46.7%. Las zonas 8 (Distrito Metropolitano Guayaquil) y 9 (Distrito Metropolitano de Quito) son las que más reciben pacientes en el tercer nivel de atención (Hospitales de especialidades + Hospitales especializados). Según la percepción de los profesionales de la salud, el traslado de neonatos en Ecuador tiene

falencias en aspectos como falta de protocolos, en ocasiones no disponen ambulancias adecuadas, de insumos básicos como incubadoras, control de temperatura y oxígeno, adicional no acude el médico o personal responsable, falta mayor capacitación del personal, coordinación y comunicación entre las instituciones.

Conclusiones: El proceso de transferencia neonatal tiene tres o cuatro redes principales de emisión-recepción de neonatos graves y se circunscribe a territorios muy alejados de las principales ciudades y centros de atención crítica neonatal. El transporte neonatal ecuatoriano presenta falencias fundamentales, requiere una revisión profunda y la intervención inmediata para establecer el “*Protocolo de transporte del neonato en estado crítico*” adecuado a las falencias que presenta para evitar que el proceso de traslado contribuya al aumento de la morbilidad neonatal.

Palabras claves: Morbilidad neonatal, nivel de atención, transferencia neonatal, transporte neonatal, referencia, análisis de redes, percepciones.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of knowing the reality of neonatal transport in Ecuador, considering that neonatal mortality contributes with a significant proportion of mortality among children under five years of age. Currently, the neonatal mortality rate is not exactly known, it is for this reason that through the data collected from the RPIS database, the issuing and receiving entities with the highest number of neonatal transfers were analyzed.

Methodology: In this research two approaches were used: the quantitative one, through the collection of data on neonatal transfers at the national level and network analysis, with the elaboration of a network graph to mathematically represent the structure, direction and intensity of the relationships between different entities using a set of connected nodes, the same one that provided information on the sending and receiving centers of greater reference at the national level, data that is complemented in the second approach of the study with the qualitative methodology through the analysis of groups focal points and in-depth interviews with health personnel in the provinces of Pichincha, Napo and Orellana for being the ones with the greatest neonatal transfer and thus knowing the causes for which they are carried out, fulfilling inclusion and exclusion criteria.

Results: A total of 2 615 transfers were identified in the year 2 015, of which territorial zone number 2, corresponding to Pichincha, Napo and Orellana, as the area with the largest transfers nationwide with a number of 1 133. Of these, the units corresponding to the Province of Tena, stand out with a greater number of transfers. The first level of care (health center type a, b, and c) are those that make more numbers of referrals to centers of greater complexity, by 47.3%, followed by the second level of care (basic and general hospital), with the 46.7%. Zones 8 (Guayaquil Metropolitan District) and 9 (Quito Metropolitan District) are the ones that receive the most patients at the third level of care (Specialty Hospitals + Specialized Hospitals). According to the research participants, the transfer of newborns in Ecuador has flaws in aspects such as lack of protocols, sometimes they do not have adequate ambulances, basic supplies such as incubators, temperature control and oxygen,

additionally the doctor or responsible personnel does not attend, lack greater training of personnel, coordination and communication between institutions.

Conclusions: The Ecuadorian neonatal transfer and transport process has fundamental shortcomings, requires a thorough review and immediate intervention to establish the "Transport Protocol for the neonate in critical condition" appropriate to the shortcomings it presents to prevent the transfer process from contributing to the increased neonatal morbidity and mortality.

Key words: Neonatal morbidity and mortality, level of care, neonatal transfer, neonatal transport, referral.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El transporte neonatal se considera como un procedimiento mediante el cual un paciente neonato es trasladado desde un nivel de atención a otro o, incluso, cuando el transporte se produce dentro de la misma institución. Dependiendo de la complejidad de la patología, se ha evidenciado disminución la tasa de mortalidad en ciertas patologías neonatales como gastrosquisis, onfalocele, cuando nacen en la misma institución de salud de tercer nivel en la que se realiza el tratamiento definitivo, en comparación con aquellos que son trasladados a otras instituciones (Lovera Montilla, 2014).

El traslado neonatal se debe realizar de una manera optimizada para evitar el deterioro del paciente, en este sentido, el transporte incluye recursos humanos y materiales para la atención de los recién nacidos en centros que no poseen los medios suficientes y su traslado a otras instituciones de salud que si las tienen. Por lo anterior, un adecuado transporte neonatal resulta en la pieza clave de una cadena de supervivencia para el neonato y la provisión de una valoración especializada de acuerdo a la patología que presenta (Domínguez-Sampedro, 2014).

Uno de los componentes más importantes del cuidado neonatal es el transporte y transferencia intra y extra hospitalaria (Azuelo et al., 2010). El

transporte médico de recién nacidos de alto riesgo y críticamente enfermos requiere personal calificado y equipo especializado (Ohning & Rosenkrantz, 2015). La falta de un sistema de transferencia neonatal, que incluya procesos apropiados de cuidado durante el transporte del neonato en estado crítico, contribuye a elevar la carga de morbilidad neonatal (Domínguez-Sampedro, 2014).

Por otro lado, las intervenciones aisladas para reducir la mortalidad neonatal no son efectivas (Darmstadt et al., 2005). La evidencia demuestra que la organización de los sistemas de salud, la calidad de los cuidados y las competencias técnicas de los prestadores son críticas para reducir ese indicador (Austin et al., 2014).

La mortalidad neonatal contribuye con una importante proporción de la mortalidad entre los menores de cinco años. A nivel de la región de Latinoamérica y el Caribe se estima que, en el lapso comprendido entre los años 1990 y 2014, la tasa de mortalidad neonatal (TMN) descendió de 22.1 a 9.3 defunciones neonatales por cada 1 000 nacidos vivos. Además, la contribución proporcional de la mortalidad neonatal a la mortalidad de menores de 5 años se incrementó desde el 40.7% en 1990 al 52% en el 2 014, (Organización Panamericana de la Salud, 2016), (Kurlat et al., 2011) evidenciando la necesidad de enfocar más esfuerzos por la salud de los neonatos.

El Ecuador, de acuerdo con el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la niñez, ha tenido una reducción porcentual de la mortalidad neonatal en alrededor del 17% entre los años 2008 y 2013 (OPS, 2016); situación que aún dista de la de países como Canadá y Cuba, cuya tasa de mortalidad neonatal (TMN) son las más bajas de la región de las Américas. De acuerdo con el INEC, la tasa de mortalidad neonatal pasó de 4 por cada 1 000 a 6 por cada 1 000 NV entre el año 2014 a 2019 (INEC, 2019). Esto supone una preocupación mayor y una importante crítica a la forma en que se ha brindado provisión de atención en salud materno infantil en los últimos 10 años (INEC, 2019).

Con respecto al transporte neonatal, un estudio realizado en Quito (Ribadeneira-Orti & Cañaverl-Caizaluisa, 2017), demostró que los signos vitales de los neonatos se deterioraban significativamente posterior a una transferencia de un establecimiento a otro. Se conoce, solamente de forma anecdótica, cómo se efectúa el transporte neonatal en nuestro país; es decir, no se ha descrito ni sistematizado el funcionamiento de las redes de transporte neonatal, los determinantes de las transferencias neonatales ni las causas, barreras y facilitadores para efectuar un proceso de manera apropiada.

El transporte neonatal optimizado constituye una estrategia que, junto con la implementación apropiada de servicios de neonatología debidamente territorializados, podrían contribuir a la reducción de la mortalidad neonatal. Los resultados, se pueden realizar estudios posteriores con la evaluación de los estándares mínimos de calidad de transporte neonatal en cada unidad emisora y receptora.

El presente trabajo final de titulación se enfocó en determinar la realidad del transporte y transferencia neonatales, para lo cual analizamos las transferencias realizadas en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) ecuatoriana en un periodo de doce meses del año 2015, datos que permitieron conocer cuáles son los centros emisores y receptores que más transferencias realizan. Además, se realizó un abordaje cualitativo para identificar las principales causas por las que se efectúan las transferencias desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Quito y Tena para lo que se efectuaron entrevistas mediante grupos focales y entrevistas a profundidad al personal sanitario en los principales centros de referencia donde se pudo obtener valiosa información sobre el tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística [INEC], en el año 2019 se reportaron 1 782 casos de defunciones en menores de un año, teniendo un decrecimiento del 3.2% con respecto al año 2018. (INEC,2019). Desde la década de los 90, la mortalidad infantil se ha ido reduciendo progresivamente en el país.

Desafortunadamente, existe controversia con respecto a la tasa de mortalidad neonatal en el Ecuador, razón por la que no se puede evaluar objetivamente la evolución de este indicador. De acuerdo al Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, Ecuador tiene una tasa de mortalidad neonatal registrada en 11.5 por cada 1 000 nacidos vivos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016). Sin embargo, las cifras oficiales difieren de las reportadas en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el mismo año reporta una tasa de 9.2 por cada 1 000 nacidos vivos, el reporte actual correspondiente al 2019 es de 10.1 (INEC, 2019).

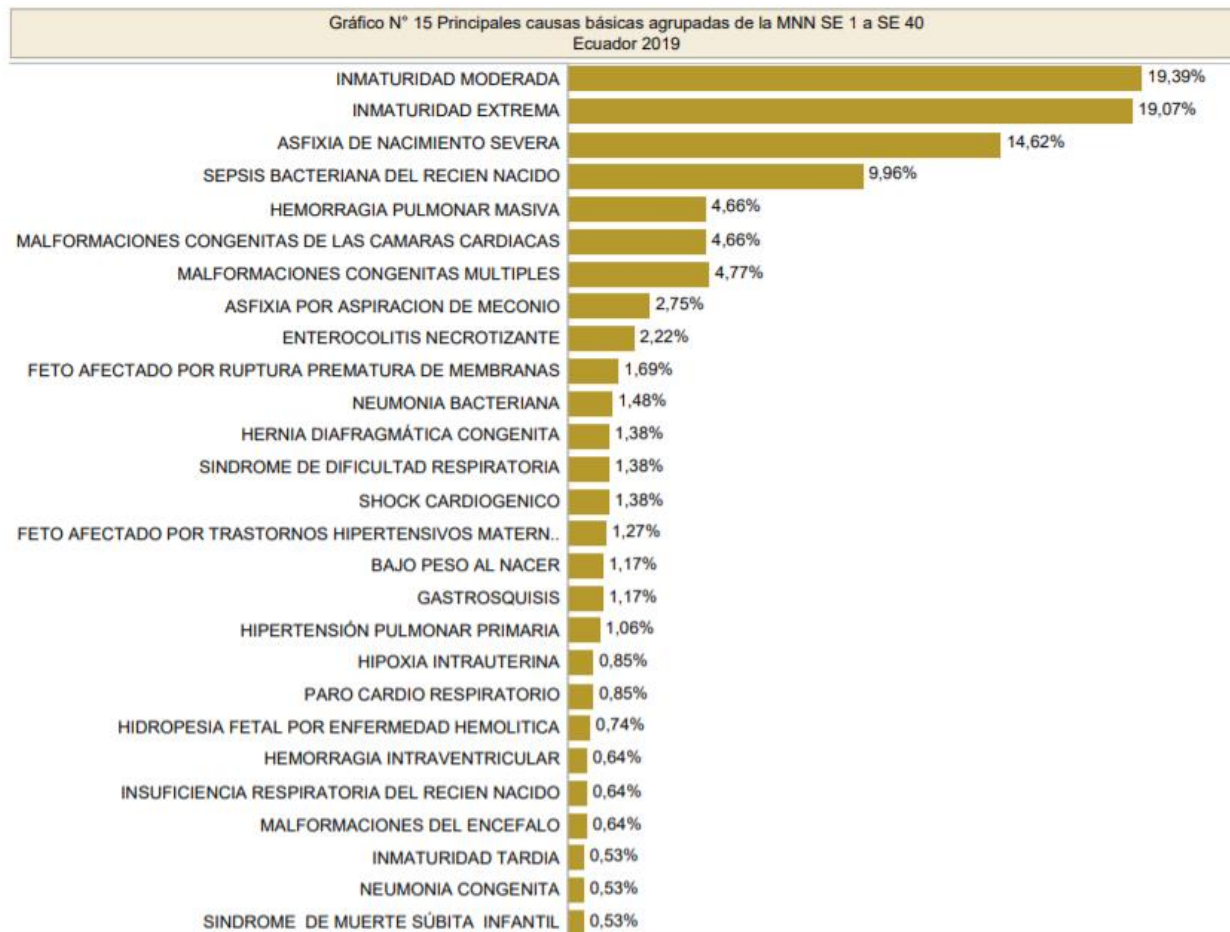
Los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015), lo que realza la importancia de dotar de personal y equipamiento especializado para atender las necesidades en salud de este grupo vulnerable.

En vista de las crecientes tasas de mortalidad neonatal en el Ecuador, provocadas principalmente por condiciones prevenibles y de la falta de instrumentos validados al contexto ecuatoriano que permitan identificar tempranamente neonatos en riesgo (Espinosa et al., 2015), la inadecuada dotación de equipo técnico e insumos en los establecimientos de salud; así como, la falta de protocolos de transporte neonatal, surge la necesidad de desarrollar estrategias innovadoras que faciliten la gestión del cuidado neonatal y diseñar instrumentos de aplicabilidad clínica y social para contribuir a reducir la mortalidad neonatal e infantil.

Al revisar las causas de muerte neonatal, se evidencia que existe un importante porcentaje de muertes que son potencialmente evitables, cuyas principales causantes se describen en la figura 1; y que, con un adecuado control prenatal, tratamiento perinatal especializado, transporte neonatal oportuno y seguimiento nominal de cada individuo en riesgo, podrían reducirse sustancialmente.

Figura 1.

Causas básicas de muerte neonatal evitable: reporte 2019. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



Dentro de las principales causas básicas de MNN hasta la SE 40 está la inmadurez, tanto moderada como extrema, y la asfixia de nacimiento debida a la misma causa de inmadurez.

Elaborado por: Raquel Lovato / Especialista de la Red de Vigilancia Epidemiológica

Fuente: SIVE MORTALIDAD EVITABLE Gaceta de Muerte neonatal.

Fecha:20/11/2019

Uno de los pasos más importantes en el proceso del cuidado neonatal es el transporte del neonato en estado crítico y la optimización de recursos para reducir sustancialmente el porcentaje de esas muertes evitables.

Desafortunadamente, la segmentación del cuidado neonatal, incluyendo la que ocurre al transferir un neonato, es la norma y no la excepción en el sistema de salud del país (Azüero et al., 2010). Es por lo que es necesario un “*Protocolo de transporte del neonato en estado crítico*” – vinculante a todo el sistema nacional de salud – en el que se contempla mejorar la evaluación de los neonatos al momento de la transferencia; no obstante, es indispensable alimentar el desarrollo de dicha normativa, proveyendo a la autoridad sanitaria información útil en torno a este importante proceso en el Ecuador.

2.1. TRANSPORTE NEONATAL

2.1.1. DEFINICIÓN.

Es el desplazamiento del recién nacido desde un centro emisor a un receptor, la decisión del transporte depende de varios factores que comprenden entre otras, una valoración adecuada, estabilización, búsqueda de un hospital de referencia e ingreso en el centro receptor (Moreno Hernando et al., 2013).

2.1.2. CONDICIONES DE TRASLADO.

Desde hace un tiempo se ha propuesto el cambio de la terminología de "transporte neonatal" por el de "traslado neonatal" (TN), ya que desde el punto de vista sanitario percibe un significado más amplio el mismo que comprende su valoración, referencia a hospital de mayor nivel, estabilización y el transporte hacia un centro receptor (Yaiza Alonso Villarroel, Alba Acevedo Pozo, M^a Cruz Villarroel Modrón, 2019).

Para el TN es necesario signos vitales dentro de parámetros normales , por lo cual los sistemas de transporte neonatal como STABLE y Acorn recomienda mantener : vía aérea permeable con adecuada ventilación, saturación dentro de 92-94% , piel y mucosas rosadas , frecuencia cardiaca 120-160 latidos por minuto , temperatura axilar entre 36.5-37 grados centígrados o en rectal en 37C°, criterios metabólicos (glicemia 47mg/dl y equilibrio acido base adecuado) y problemas especiales en tratamiento (hipertensión , neumotórax , infecciones ,etc.) (Canadian Paediatric Society, 2012),(Villarroel, et al. 2019),(Caro Cassali et al., 1998).

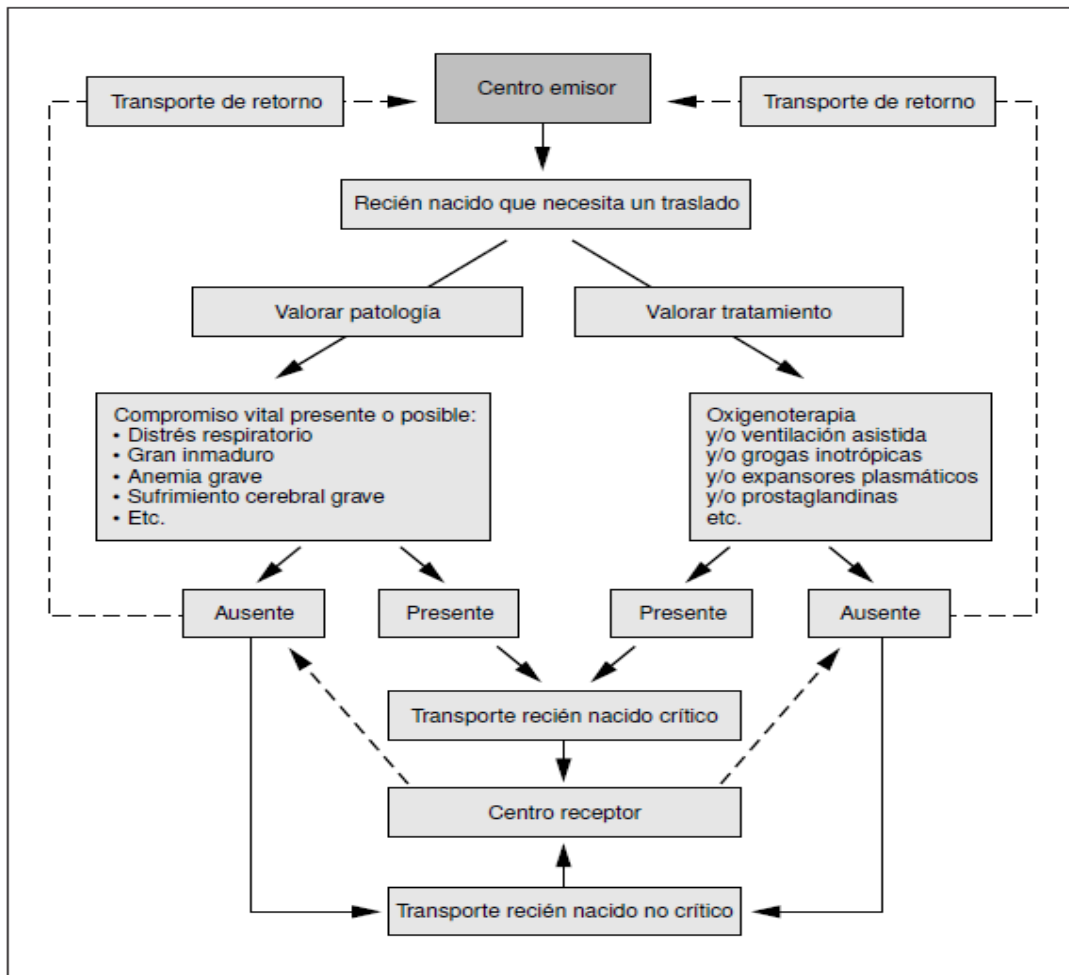
El éxito de un adecuado traslado neonatal radica en no solo contar con un equipo médico capacitado, tecnología apropiada sino también, de ser reglado y de distribución equitativa (Iglesias & López, 2006), (Haynes et al., 2020).

Por ejemplo:

- a. **Regionalización de niveles de atención:** Como básico, medio, intermedio y complejo, etc. Lo cual permite una regulación de los recursos humanos y tecnológicos.
- b. **Cuidado prenatal:** Un adecuado control prenatal nos permite detectar de manera precoz patologías de alto riesgo y que puedan ser remitidos a tiempo, ya que la mejor incubadora de transporte sigue siendo la madre.
- c. **Mayor integración obstétrico-pediátrica:** Una comunicación eficaz nos permite un manejo oportuno de la unidad materno -fetal y así poder disminuir al máximo eventos no deseables.
- d. **Selección de paciente:** Prenatal, es una decisión conjunta entre obstetra y neonatólogo y según el grado de complejidad del caso. Posnatal, depende de la capacidad del centro emisor y de la capacidad resolutive del centro.
- e. **Formación especializada:** Es de vital importancia que tanto el lugar de emisión como el receptor exista personal entrenado tanto para estabilización básica como avanzada con los equipos básicos para la reanimación y estabilización de neonato y de igual manera las condiciones óptimas para el transporte.
- f. **Comunicación:** Se debe contar con un sistema que coordine el traslado y la recepción del neonato, mediante un lenguaje uniforme, común a todo el sistema de salud.

Figura 2.

Traslado posnatal



Modificado de: Yaiza Alonso Villarroel(1), A. A. (2019). Traslado neonatal. Revisión Bibliográfica . *Nuberos Científica* , 9.

2.2. MEDIOS DE TRANSPORTE

El mejor traslado neonatal de un niño en riesgo es aquel que se realiza intraútero, pero no siempre es posible hacerlo ya que depende de aspectos

circunstanciales, del lugar y de los medios para llegar a un establecimiento de salud de complejidad apropiada y asequible para la atención, por lo que es necesario mantener al equipo de salud capacitado para estabilización, reanimación y normas adecuadas para un transporte neonatal seguro (Esqué Ruiz et al., 2001).

Es muy importante conocer la causa por lo que se va a trasladar al paciente y como se lo va a realizar, por lo cual se debe clasificar el traslado neonatal según la procedencia del enfermo en:

- **PRIMARIO:** Cuando no se produce en un centro sanitario, y dicho transporte se realiza desde ese lugar a un centro sanitario más cercano.

- **SECUNDARIO O INTERHOSPITALARIO:** Traslado de pacientes de un centro hospitalario a otro.

El tipo de transporte que se ha de escoger necesita algunos requerimientos como son la disponibilidad, capacidad de estabilización, costo, accesibilidad, patología del neonato, por lo cual se dispone de terrestre y aéreo (Esqué Ruiz et al., 2001).

Tabla 1.

Tipos de transporte.

TERRESTRE			AEREO		
AMBULANCIA		HELICOPTERO		AVIÓN	
VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Disponibilidad inmediata	Tiempo de transporte largo	Rápido	Helipuerto	Rápido	Múltiples*
Bajo costo	Depende del clima, tráfico y carretera	Largas distancias	Dependiente del clima	Largas distancias	Costo alto
Distancias cortas	Vibraciones, movimiento durante traslado		Limitada disponibilidad		

* Entre las principales desventajas del transporte en avión se debe considerar que volar induce una necesidad de adaptación fisiológica en el organismo, ya que el ambiente de las cabinas de los aviones predispone al enfermo y a la tripulación a variaciones de ciertos parámetros físicos, lo cual incrementa la carga de trabajo efectivo en todo el personal.

2.2.1. TRANSPORTE EXTRAHOSPITALARIO:

Para realizar un adecuado transporte extrahospitalario, se debe tomar en consideración la información correcta para que el paciente sea movilizado con las medidas adecuadas.

Se deberá enviar informe médico o epicrisis en el cual se reporte datos de filiación tanto del padre y madre, grupo y factor sanguíneo, antecedentes Gineco obstétricos, antecedentes natales, donde consta el Apgar, antropometría y la evolución del paciente hasta el momento de la transferencia, motivo de la transferencia, con los respectivos consentimiento informado y acciones durante el

traslado, tomar en cuenta, el personal de salud con quién se trasladará, el medio de transporte y el instrumental necesario (Iglesias & López, 2006).

2.2.2. TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO:

Siempre debe tener la correcta identificación y verificación de los datos de recién nacido, historia clínica completa con los exámenes y tratamiento del paciente, consentimientos informados, tomar en consideración los problemas que pudiesen ocurrir durante el traslado, y es importante a su vez el instrumental para este tipo de traslado (Iglesias & López, 2006).

2.2.3. EQUIPO PARA EL TRANSPORTE

El instrumental necesario para realizar un adecuado transporte del paciente deberá constar de una incubadora con ventilador, desfibrilador, monitor, glucómetro, oxígeno, equipo de reanimación (laringoscopio, tubos endotraqueales, sondas de aspiración, instrumental para cateterización umbilical, etc.), medicación para reanimación, analgésica, sedante, antibióticos, equipos de venopunción y equipo de diagnóstico (Thió & Esqué, 2008).

Este equipo debe ser el mismo, tanto para el transporte intrahospitalario como extrahospitalario, siempre debe ir un médico con la destreza necesaria en caso de reanimación neonatal.

2.3. FASES DE DEMORA EN EL TRANSPORTE NEONATAL

La demora en el transporte neonatal influye directamente con la mortalidad neonatal. Incluyen:

1. Demoras en la decisión de solicitar atención médica requerida, debida a diversos factores socioeconómicos y culturales.
2. Demora en la recepción y llegada al centro de atención apropiado para la atención.
3. Demora en recibir atención adecuada una vez que el recién nacido ha llegado a al lugar de recepción, debido a carencias de personal, de equipamiento o de gestión del centro.

Las mayores demoras corresponden a la fase II en relación con la accesibilidad de los servicios de salud apropiados, abarcan la capacidad de llegar a una institución de salud adecuada, el tiempo invertido en llegar al centro antes mencionado, así como la morbilidad y mortalidad asociadas al trayecto hasta el centro adecuado.

Se realizó una revisión bibliográfica respecto al transporte neonatal en países en vías de desarrollo en Montevideo en el 2016, por parte de la OMS, OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer Reproductiva [CLAP/SMR]. En el cual identificaron que los factores específicos que más afectan el transporte neonatal son dados por la distribución y ubicación de los centros médicos apropiados y prestadores de asistencia sanitaria, patrones de derivación existentes, distancias y tiempos de viaje, disponibilidad vías de comunicación y transporte, costos de viaje, y calidad de la atención médica durante el traslado.

Estas demoras son más frecuentes y a menudo graves en los países en desarrollo, sobre todo en zonas rurales, donde escasean los servicios de especialidades médicas, los profesionales de la salud capacitados y los medios de transporte requeridos (Alberto Schwarcz, 2003).

En cuanto a la fase III guarda relación con las demoras o problemas en la calidad asistencial de los recién nacidos ya transportados, una vez que están en el centro médico. Las cuestiones relativas a la fase III que resultan pertinentes para la presente revisión son la morbilidad asociada a la falta de comunicación apropiada y uniformización en el lenguaje clínico 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 (Salud, 2006).

2.4. CADENA DE TRANSPORTE

HOSPITAL EMISOR: Generalmente se trata de centros hospitalarios (niveles I y II) que no suelen estar dotados de los medios suficientes para la atención del niño y/o neonato en situación crítica. Es el lugar donde se realiza las primeras medidas para la estabilización del paciente.

El desarrollo de habilidades prácticas, técnicas y de conocimientos para la atención de los pacientes neonatos en estos centros, depende, en gran medida del hábito adquirido por la experiencia y frecuencia de pacientes graves. Tanto los pediatras, anestesistas, intensivistas de adultos y enfermería en estos centros de menor nivel, pueden hasta cierto límite, afrontar la estabilización inicial de estos pacientes, pero no podrán asumirlos del todo, ya que los conocimientos, equipos y habilidades son limitados, por lo que es prioritario la derivación a los centros donde sí se pueda dar la atención requerida (Salud, 2006).

Los niños no son adultos pequeños y su patología es bastante diferente y en cada grupo de edad nos encontramos situaciones distintas.

2.5. EQUIPOS DE ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE

Están constituidos por el personal que se encarga de participar en la estabilización previa del niño y su posterior traslado hacia el centro de referencia.

Existen distintos tipos que van desde unidades con paramédicos a otras formadas por equipos médicos y enfermería; así como los más especializados, integrados por personal de unidades intensivas pediátricas y/o neonatales, son los que pueden ofrecer el máximo de posibilidades en la atención de estos pacientes - conocimiento, experiencia y habilidades actualizados (Lovera Montilla, 2014). En el caso de Ecuador no existe uniformidad en cuanto al equipo especializado que asume este tipo de intervenciones y en la mayoría de las ocasiones esta función la llevan a cabo equipos que habitualmente trabajan con adultos y ocasionalmente asumen el traslado de un neonato o niño.

2.6. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS (CCU)

El traslado interhospitalario precisa de una logística particular que implica a distintos grupos de personas y estamentos íntimamente relacionados y tendrá como nexo fundamental al centro coordinador de emergencias. Este se encargará además de solucionar cualquier problema clínico no asistencial o logístico que se

presente. El CCU tiene como función regular, gestionar y optimizar todos los recursos disponibles. Permite mantener un adecuado flujo de información entre el centro emisor, el equipo de transporte y el centro receptor -unidad de intensivos- (Brandstrup et al., 2016).

2.7. FUNCIONES DE CADA PARTE ENCARGADA DEL TRANSPORTE NEONATAL

En la organización del transporte neonatal hay que tener en cuenta las funciones del centro que solicita el traslado, las funciones del centro receptor y la coordinación y realización del transporte.

2.7.1. FUNCIONES DEL CENTRO EMISOR

Es necesario que en todo centro en que nazcan niños haya un responsable de la asistencia del recién nacido siendo sus funciones:

1. El médico responsable debe ocuparse del recién nacido durante el período de estabilización (tiempo que transcurre desde el nacimiento, o desde que se plantea la situación del traslado y el inicio del transporte).
2. Comunicar con el centro receptor y/o con el centro coordinador del transporte, para informarle del recién nacido y de su enfermedad, tratamiento en curso, estado actual del paciente entre otros detalles.

3. Debe informar a los padres sobre la situación del recién nacido, las razones del traslado y las características del centro receptor.
4. Debe solicitar a los padres el consentimiento firmado para realizar la transferencia.
5. El recién nacido debe ir identificado adecuadamente.
6. Si las condiciones lo permiten se debe realizar la transferencia junto a la madre.

2.7.2. FUNCIONES DEL CENTRO RECEPTOR

1. La familia debe recibir información acerca de la llegada del recién nacido al hospital, nombre del equipo médico, horas de visita y número de teléfono al que puede solicitar información.
2. Debe informar al centro emisor de la evolución del recién nacido.
3. Debe informar al centro coordinador de la disponibilidad de la transferencia.
4. Debe contribuir a la formación del personal que forma parte de los equipos de transporte.
5. Debe colaborar en el control de calidad de los transportes mediante revisión periódica de la casuística.

2.7.3. DE LA COORDINACIÓN Y REALIZACIÓN DEL TRANSPORTE

Las funciones del centro coordinador son:

1. Asegurar el equipamiento técnico, así como el material (ambulancia, incubadoras, helicóptero, etc.) formado y alerta para realizar el transporte.
2. Coordinar los transportes en función de razones logísticas y procesos patológicos.
3. Establecer comunicaciones entre el centro emisor, el receptor y el equipo asistencial del transporte.
4. Efectuar un control de calidad de los transportes efectuados en colaboración con los centros emisor y receptor.

2.7.4. EQUIPO ASISTENCIAL DEL TRANSPORTE:

1. El transporte del recién nacido crítico lo realizará un pediatra o neonatólogo con conocimientos y entrenamiento específico en reanimación neonatal.
2. Además del médico reanimador y del conductor del vehículo, debe acompañar al recién nacido por lo menos un enfermero o técnico sanitario.
3. En el caso del recién nacido no crítico, el transporte puede realizarlo un médico asistencial.

2.8. TIPOS DE TRASLADO:

Los traslados pueden ser Programados o Urgentes:

1. Programados son aquellos que se realizan desde un establecimiento de salud que cuenta con la capacidad de estabilizar al paciente antes de ser derivado, este tipo también se realizan cuando el neonato requiere realizarse estudios especializados o en su defecto, cuando necesita tratamiento integral de alta complejidad.
2. Urgentes son aquellos cuya solicitud parte desde un Centro Asistencial que no cuenta con los recursos necesarios para estabilizar o asistir al paciente (Ministerio de Salud de Argentina, 2012)

2.9. FASES O ETAPAS DE UN TRASLADO

- 1ª fase: activación y preparación del traslado.
- 2ª fase: estabilización *in situ* y transferencia al vehículo de transporte.
- 3ª fase: transporte en el vehículo (aéreo o terrestre).
- 4ª fase: entrega del paciente y transferencia en el hospital receptor.
- 5ª fase: retorno a la operatividad del equipo de transporte (Brandstrup et al., 2016).

2.10. TRANSPORTE NEONATAL EN EL ECUADOR

Lamentablemente, en el Ecuador no contamos con datos estadísticos acerca de las complicaciones o fallecimientos neonatales que se producen por el transporte neonatal, en virtud de que no se ha proporcionado un correcto enfoque a este factor, siendo de vital importancia para disminuir la morbilidad y mortalidad en los neonatos que ameriten un traslado de un centro de menor a mayor complejidad y viceversa (Tanya & Mancilla, 2019)(Aguinaga, 2019).

2.10.1. SITUACION ACTUAL

El Estado ecuatoriano, basado en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) debe responder a las demandas y necesidades de salud del país y a la necesidad de acortar las brechas al acceso de servicios integrales de salud, así como la capacidad resolutive en todos los niveles de atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013),(Lucio et al., 2011).

Por esta razón el sistema de transporte se basa en encaminar al usuario de acuerdo con la gravedad y cartera de servicios de los establecimientos de salud de los distintos niveles de atención. Es por lo cual para un sistema de referencia se requiere dos puntos claves que son: el que hace la referencia y el que recibe la

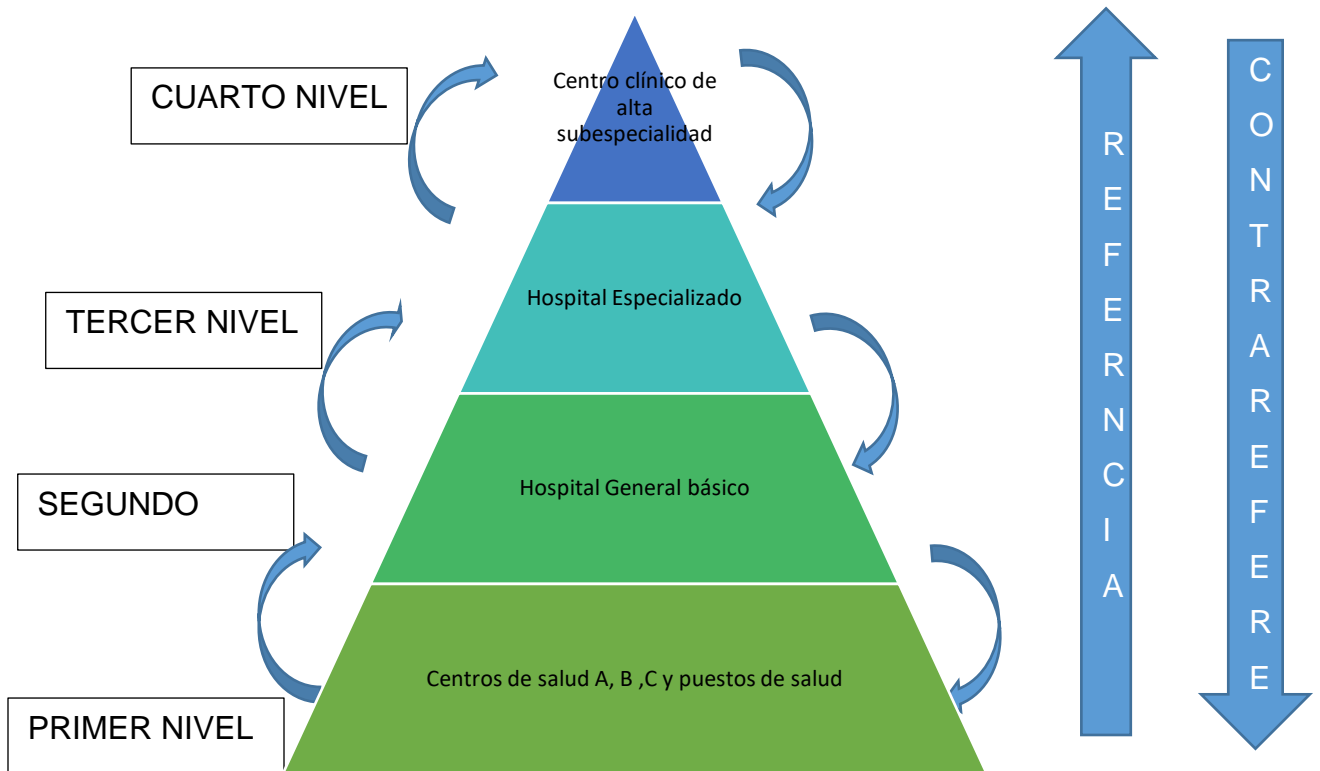
referencia, cuando la capacidad resolutive lo justifica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013) (Chang Campos, 2018).

2.10.2. ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE RED DE SALUD

En el Ecuador el sistema de salud consiste en cuatro niveles de salud, determinados de menor a mayor complejidad. En el siguiente gráfico se puede evidenciar el operativo del subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia.

Gráfico 1.

Operativo del subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia



MODIFICADO: MSP, norma técnica Subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud.

- 1. Subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa y transferencia:** conjunto de procesos administrativos que coadyuva a garantizar la continuidad en la atención de salud con eficacia y eficiencia, trasladando al usuario desde comunidades, establecimiento de salud del menor a mayor nivel

de atención según la complejidad y viceversa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Niveles de organización del subsistema

- **Niveles de gestión:** Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).
- **Niveles de atención:** Nivel de Atención Prehospitalaria, Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel y Cuarto Nivel.
- **Primer nivel de atención:** Nivel de atención cercano a la población, en donde se resuelve el 85% de los problemas de baja complejidad.
- **Segundo nivel de atención:** Es el escalón de transferencia del primer nivel donde se presta servicio de atención ambulatoria y especializada, así como los que requieran hospitalización (hospital básico y general) con los diferentes grados de complejidad.
- **Tercer nivel de atención:** Es al que le corresponde prestar servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad, son aquellos establecimientos

de referencia nacional donde se resuelven problemas de salud de alta complejidad.

- **Cuarto nivel de atención:** Nivel en el cual presta servicio de la más alta complejidad y además realiza investigación, son centros en los cuales se encuentra centros de subespecialidad con casos complejos referidos del tercer nivel.
 - **Referencia:** Proceso en el cual los establecimientos de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad cuando existe limitada capacidad resolutive, para lo cual se utiliza el formulario 053.
2. **Derivación:** Proceso en el cual los prestadores de salud refieren a los usuarios de cualquier nivel de atención a otra entidad pública mediante la Red Pública Integral de Salud o privado (red complementaria) del mismo o mayor nivel de atención y complejidad cuando existe limitada capacidad de resolución.
 3. **Contrarreferencia:** Proceso en el cual el usuario que inicialmente fue referido debe ser retornado luego de haber recibido atención al nivel de primer nivel correspondiente para dar seguimiento de su atención.

4. **Transferencia:** Proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro.

2.10.3. *DISTRIBUCIÓN DE CAMAS A NIVEL NACIONAL*

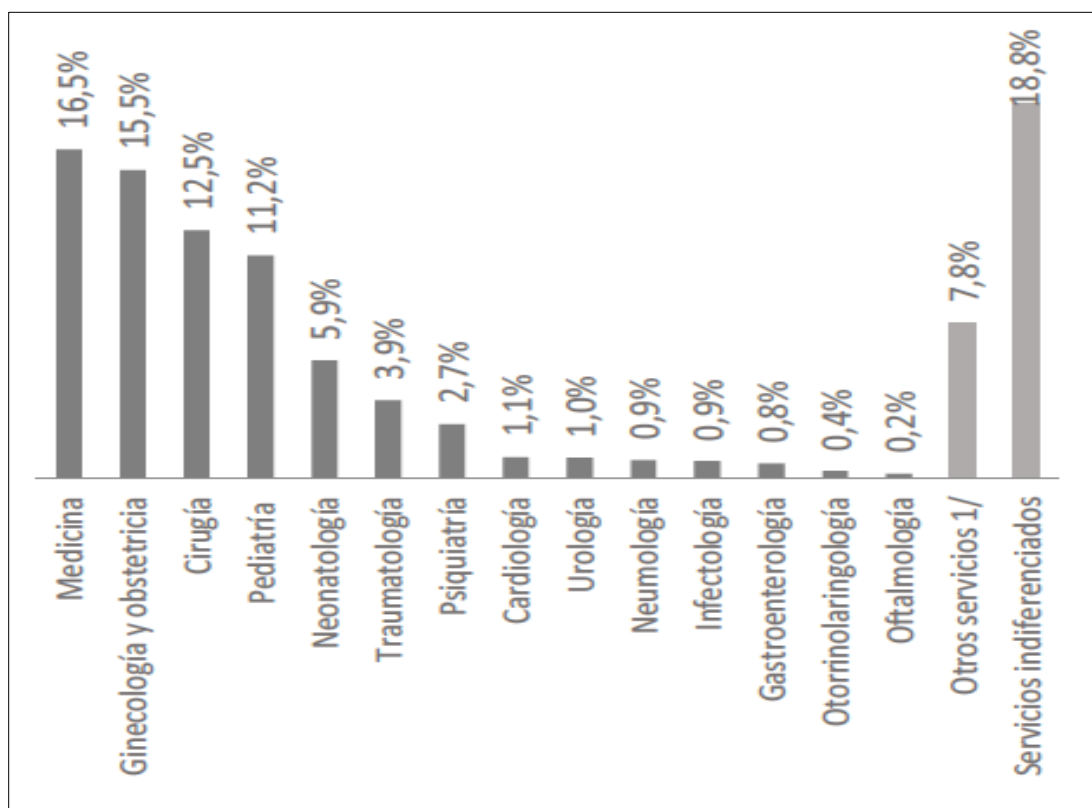
El registro estadístico de camas y de egresos hospitalarios constituye una operación estadística elaborada y difundida por el INEC y se genera a través de la red integral de salud [RPIS] (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2019).

En el año 2018 se reportaron 634 establecimientos de los cuales 183 son públicos y 451 son privados., en el año 2019 se reportaron 633 establecimientos de salud, 24 419 camas de dotación normal, 24 054 camas disponibles el mayor número de camas disponibles tiene el ministerio de salud pública (MSP) con un total de 9 277 que representa el 39 % (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2019).

La distribución de camas de acuerdo con los servicios médicos destaca el área de medicina interna con el 16.5 % seguido de ginecología y obstetricia seguido con el 15.5 % seguido de cirugía seguido con el 12.5% en relación de área de Pediatría y Neonatología ocupa el cuarto y quinto puesto respectivamente con el 11.2 % y 5.9 %. (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2019).

Figura 3.

Registro de camas en el Ecuador año 2018



Fuente: Registro estadístico de camas y egreso 2018 (INEC)

Dentro de las cinco principales causas de morbilidad infantil en menores de un año en el 2018 son en primer lugar la dificultad respiratoria del recién nacido, segundo la sepsis bacteriana del recién nacido y tercero la ictericia neonatal por causas no especificadas (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2019).

2.10.4. *DISTRIBUCIÓN DE AMBULANCIAS A NIVEL NACIONAL*

El servicio de ambulancia forma parte del servicio de atención de salud móvil integrado a todos los niveles de atención y se divide en dos tipos:

1. Transporte primario o atención prehospitalaria: gestión para la emergencia
2. Transporte secundario: gestión entre establecimientos

Los criterios tomados en cuenta para determinar el requerimiento de ambulancias para transporte secundario se dan en dos escenarios posibles.

2.10.5. *ESCENARIO IDEAL*

Es aquel en el cual se cubren los requerimientos y en caso de mantenimiento disponer de una ambulancia extra (Dirección nacional de atención prehospitalario y unidades móviles de salud, 2015).

Tabla 2.

Escenario ideal para la distribución de ambulancias

TIPO HOSPITAL	NUMERO DE CAMAS	CANTIDAD REQUERIDA DE AMBULANCIAS
Hospitales Básicos	15 -20 camas	1 ambulancia
	21 camas o mas	2 ambulancias con análisis individual del hospital
Hospitales generales	70 -120 camas	2 ambulancias
	121 camas o mas	3 ambulancias con análisis individual del hospital

Fuente: Micro planificación transporte secundario, Dirección nacional de atención prehospitalaria y unidades móviles de salud 201

Lo mencionado anteriormente es el escenario ideal para la distribución de ambulancias, sin embargo, la necesidad de ambulancias de atención se ha priorizado para el 2015 -2017 basándose en el análisis de flota total que mantiene el MSP de transporte, primero con 290 ambulancias de las cuales 200 corresponde a crédito chino compradas por el proyecto mi emergencia, 11 se encuentran siniestradas; 32 donadas por el ministerio el interior, 22 donadas por fondo de accidentes de tránsito (FONSAT) y 36 preexistentes que debido a su año de fabricación, estado, equipamiento y mantenimiento mecánico, no son adecuadas, razón por la cual deben ser reemplazadas (Dirección nacional de atención prehospitalario y unidades móviles de salud, 2015).

En el inventario actual de ambulancias de transporte primario y secundario tenemos:

Tabla 3.

Inventario actual de ambulancias de transporte primario y secundario en el Ecuador

ESTABLECIMIENTO	TOTAL
Primer nivel	81
Hospitales	231
Atención prehospitalaria	290
Total	602

Fuente: Micro planificación transporte secundario, dirección nacional de atención prehospitalaria y unidades móviles de salud 2015

Tabla 4.

Estado de ambulancias a nivel nacional

NIVEL DE ATENCIÓN	BUENO	MALO	REGULAR	TOTAL
Transporte secundario	86	81	145	312
Transporte primario	230	11	49	290
Total	316	92	194	602

Fuente: Micro planificación transporte secundario, dirección nacional de atención prehospitalaria y unidades móviles de salud 2015

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar la realidad del transporte y transferencia neonatal en el Ecuador analizando la base de datos de las transferencias realizadas dentro de la Red Integral de Salud [RPIS] ecuatoriana, para conocer los principales centros emisores y receptores, así como las causas de transferencia neonatal a nivel nacional.

El estudio permitió evaluar la realidad del transporte de los recién nacidos que son referidos a una unidad neonatal, para lo cual se efectuaron grupos focales con el personal sanitario que labora en las principales unidades de transferencia, de acuerdo con la Red Integral de Salud ecuatoriana [RPIS], y de esa forma, obtener información valiosa de las dificultades y facilitadores para que el transporte neonatal se realice de una manera adecuada.

Analizando la realidad del sistema de salud ecuatoriano, hay que dejar en claro que la morbilidad disminuiría favorablemente con un transporte neonatal adecuado, las bases fundamentales entre el personal de salud, así como con la unidad emisora y receptora, debe ser la comunicación en donde se hable el mismo

lenguaje que debe basarse en protocolos estandarizados como S.T.A.B.L.E; AcoORN las cuales serían las herramientas para un trabajo sistémico para el bienestar de los pacientes.

Dado que el transporte neonatal en el Ecuador contiene brechas tanto institucionales, académicas, humanas y gubernamentales, lo que desencadena resultados indeseables, desde una complicación neonatal hasta un desenlace fatal, es necesario describir cómo es el proceso en el país y determinar cuáles son las posibles barreras percibidas para proponer mecanismos de mejora continua en el proceso de transporte neonatal, lo cual permite una mayor seguridad clínica del paciente.

Desde el punto de vista metodológico, el presente trabajo sirve con un instrumento para las próximas investigaciones relacionadas con el tema del transporte neonatal, induciéndoles a continuar con el estudio. Por otro lado, la investigación aportó otros beneficios como brindar información relevante con respecto a las actuales pautas que se utilizan para el transporte neonatal, considerar los motivos por los que se realiza dicho procedimiento, además de ampliar los conocimientos referentes a los cuidados antes del transporte neonatal.

Las conclusiones y recomendaciones servirán de ayuda para conocer las limitaciones y posibles cambios que se pueden realizar en las diferentes instituciones, referentes al transporte neonatal. Si es necesario contemplar la

posibilidad de un protocolo unificado para que el transporte del neonato que se pueda cumplir en cada establecimiento de salud.

La frecuencia con la que se realiza transferencias neonatales en el país justifica mayoritariamente la necesidad de analizar este procedimiento y unificar criterios clínicos y logísticos.

En suma, es indispensable conocer las razones que generan una importante fuente de morbilidad y mortalidad neonatal, que es aquella relacionada con el transporte y transferencia. Desde esa perspectiva, el presente estudio centrado en analizar la situación del transporte neonatal nivel nacional, valorando las razones por las que se realizan las referencias de un establecimiento de salud a otro; clarificando aquellos determinantes de las transferencias neonatales; y de esa manera, contribuir a la construcción de una propuesta de modelo de transporte neonatal con los mayores niveles de seguridad y eficiencia posibles con el propósito de promover cambios a futuro para mejorar la atención en cada unidad de salud, y considerando, dar mayor fortaleza al primer nivel de atención. La definición y caracterización de las redes de transferencia a nivel nacional permiten identificar las áreas que requieren mayor atención para la mejora de estas.

Los problemas generados por el transporte neonatal que afectan al médico individualmente, al paciente y a la institución se podrán solventar con nuevos protocolos estandarizados a nivel nacional.

En base a estos argumentos, queda plenamente justificado el desarrollo de un estudio que esclarezca la realidad del transporte neonatal ecuatoriano, acompañado con una propuesta de cambio en la gestión del cuidado antes, durante y después del transporte, que contemple la coordinación entre el cuidado formal e informal y que estratifique, oportunamente, intervenciones de promoción y prevención, a fin de reducir la posibilidad de complicaciones y mortalidad neonatal.

4.2. PROBLEMA

Conociendo que el transporte neonatal especializado y regionalizado es un elemento importante del cuidado a este grupo vulnerable; y sabiendo que, las intervenciones efectivas para reducir la morbimortalidad neonatal son aquellas que se realizan de manera integrada, simultánea, coordinada y apropiadamente monitoreada; es posible plantear la siguiente interrogante: ¿cuál es la realidad de la transferencia neonatal en el Ecuador en los ámbitos de: (i) la red de transporte neonatal, (ii) las características principales de los establecimientos de salud emisores, receptores y de los binomios de emisión-recepción y su asociación con la zona, provincia, distrito y cantón en el que se encuentran, (iii) las principales causas de emisión neonatal; y, (iv) cuáles son los principales facilitadores y las barreras percibidas por el personal de salud para que este proceso de transporte y transferencia neonatal se efectúe de manera apropiada y efectiva?

4.3. OBJETIVOS

4.3.1. General

Conocer la realidad del transporte y transferencia neonatal en el Ecuador, utilizando como caso de estudio las transferencias realizadas dentro de la Red Pública Integral de Salud [RPIS] ecuatoriana.

4.3.2. Específicos

1. Identificar la red de transferencias neonatales, en el ámbito de la Red Pública Integral de Salud, que se lleva a cabo en el Ecuador.
2. Caracterizar los principales establecimientos de salud emisores, receptores y binomios emisión-recepción neonatal; y su asociación con la zona, provincia, distrito y/o cantón.
3. Identificar los establecimientos de salud de mayor tasa de transferencia neonatal anual en comparación al promedio nacional e identificar sus principales características y causantes.
4. Identificar las principales causas que motivan la realización de transferencias neonatales.
5. Determinar las barreras y facilitadores percibidos por los trabajadores de la salud para efectuar un proceso de transporte neonatal apropiado y efectivo.

4.4. HIPÓTESIS

El presente proyecto carece de hipótesis, se trata de un estudio descriptivo con un componente epidemiológico transversal y un abordaje fundamentado en métodos de investigación cualitativos.

La siguiente investigación se enfocó en dos tipos de metodología para poder recoger los datos de una manera efectiva y así obtener las suficientes herramientas para sustentar las principales causas del por qué se realizan las transferencias neonatales en los diferentes centros emisores y receptores del país.

4.5. METODOLOGÍA CUANTITATIVA – ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.5.1. Instrumentos de recolección de información:

Base de datos de transferencias neonatales de un año de Dirección de articulación MSP.

4.5.2. Población y consideraciones muestrales:

Se llevó a cabo un estudio de base de datos transversal que incluyó a todas las transferencias neonatales (hasta la edad de 28 días) realizadas por los hospitales de la Red Pública Integral de Salud Ecuatoriana, que se produjeron entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2015 y que fue recolectada por la

Dirección de Articulación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada del MSP. Al tratarse de un estudio descriptivo de la realidad nacional no requiere de muestreo.

4.5.3. Análisis de redes:

Se empleó la técnica de análisis de redes para caracterizar el movimiento de pacientes a través del sistema de hospitales (Easley & Kleinberg, 2010)(Canadian Paediatric Society, 2012). Este enfoque utiliza un gráfico de red para representar matemáticamente la estructura, dirección e intensidad de las relaciones entre distintas entidades utilizando un conjunto de nodos conectados.

En este gráfico de red, los hospitales fueron representados por nodos; las transferencias neonatales entre hospitales se representaron como conexiones o líneas entre los puntos ('no dirigido' o red 'simétrica'). Para mayor claridad de presentación, se colapsaron todas las transferencias entre cada par de hospitales en un solo borde y la red se simuló eliminando la direccionalidad de las transferencias.

Existen varios métodos para representar el volumen de transferencias entre cada par de hospitales, más comúnmente para ampliar proporcionalmente la línea a medida que aumenta el número de transferencias. Sin embargo, dado el gran tamaño de esta red y su densidad relativa, se representó el volumen de transferencias en cada hospital por el tamaño del nodo.

4.5.4. Determinantes del número de transferencias a nivel institucional:

- Unidad de análisis: El establecimiento de salud.
- Modelo de regresión: Multivariado de tipo binomial negativo.
- Variable exposición: Tipo de establecimiento de salud, frecuencia de diagnósticos graves, horario, tipo de establecimiento, ruralidad.
- Variable resultada: Número de transferencia por establecimiento de salud.

4.5.5. Plan de análisis:

Análisis de datos y caracterización de las necesidades de referencia y contrareferencia neonatal.

4.6. METODOLOGÍA CUALITATIVA

En cuanto a la metodología cualitativa, se realizó un enfoque cualitativo, perspectiva fenomenológica, diseño de investigación Teoría Fundamentada, sistemática, como instrumentos de recolección de información entrevistas a profundidad y grupos de enfoques con trabajadores de la salud.

4.6.1. Universo:

Del universo de unidades de salud que realizaron las referencias, se seleccionaron por conveniencia personas para grupos focales y entrevistas a profundidad.

El grupo estuvo integrado por personal de salud encargado de realizar las referencias y transporte neonatal.

4.6.2. Grupos focales y entrevistas a profundidad:

El tamaño de la muestra se estableció por conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad del personal de salud el mismo que contó con la presencia de diez participantes a los cuales se les realizó la entrevista.

- Criterios de inclusión:

Personal de salud que trabaje por un periodo de un año en un establecimiento de salud y que evalúen neonatos

- Criterios de exclusión:

Personal de salud que trabaje en modo rotativo en la unidad de salud o que su atención no se enfoque en evaluar neonatos o que haya trabajado menos de un año en el establecimiento de salud.

4.6.3. Plan de análisis cualitativo:

Estudio cualitativo que implica el abordaje fenomenológico a grupos de enfoque encargados del proceso de transporte neonatal en las principales subredes identificadas a quienes se les realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales

4.6.4. Análisis de las barreras percibidas para llevar a cabo una transferencia neonatal apropiada:

Se utilizó un diseño cualitativo descriptivo para explorar las percepciones de los trabajadores de la salud involucrados en el proceso de las transferencias neonatales. Se reclutó a 2 grupos de 10 trabajadores de la salud de dos establecimientos de salud emisores y receptores.

Se seleccionaron (i) gerentes o administradores asistentes médicos o de enfermería, educadores basados en unidades o líderes clínicos (por ejemplo, enfermeras practicantes neonatales, asesoras de lactancia); (ii) capaces de conversar y leer en español; y (iii) dispuestos a ser grabados en audio durante la entrevista.

Después de recibir la aprobación del Subcomité de Bioética de la PUCE, se envió una carta de información y un formulario de consentimiento (Anexo 1), a los posibles participantes por correo electrónico utilizando listas de contactos obtenidas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Dos investigadores realizaron grupos de enfoque con cada grupo de diez participantes en diferentes establecimientos de salud; además se realizaron y entrevistas a profundidad a informantes clave. Los conceptos del marco se realizaron mediante teoría fundamentada, puesto que es el diseño investigativo para el enfoque cualitativo en virtud de que pretende crear teorías que expliquen un fenómeno social en su contexto natural el cual se desarrolla en tres etapas fundamentales: la descripción, la codificación abierta, para lo cual se desarrollaron nube de palabras, ideas núcleo organizadas por categorías, axial y selectiva, así como la comparación constante de los datos que se usaron para enmarcar el análisis y la interpretación de los hallazgos del estudio. (Restrepo Ochoa, 2013)

El proceso de grupo de enfoque tuvo un guion (Anexo 2). Los grupos de enfoque fueron grabados en audio y video, los cuales duraron aproximadamente 60 minutos. Las grabaciones de audio fueron transcritas textualmente dentro de una semana de la entrevista.

La teoría fundamentada exige identificar las categorías teóricas derivadas de los datos mediante el uso de un método comparativo constante, recurriendo a la sensibilidad teórica de los investigadores, se notan así las diferencias y similitudes de los datos, lo que lleva a la derivación de las categorías teóricas que permiten ayudar comprender el fenómeno social en estudio. (Restrepo Ochoa, 2013)

Tras el desarrollo del esquema de categoría emergente, los datos de la transcripción se volvieron a revisar para la correspondencia con las categorías y subcategorías. Beneficios percibidos sobre proceso de transporte neonatal: ventajas para los neonatos y el servicio al aplicar la referencia. Barreras percibidas para implementar el proceso de transporte neonatal: percepciones sobre las dificultades para aplicar el proceso. Recomendaciones para mejorar el proceso de referencia y para que cumpla el objetivo de mejorar el transporte neonatal: sugerencias en cuanto al proceso de implementación y requerimientos para el transporte neonatal.

4.6.5. Instrumentos

1. Análisis de la BBDD (registros) del MSP de transferencias neonatales
2. Reuniones con la Dirección Nacional de Articulación de la Red, con la Dirección Nacional de Normalización y con la Gerencia de Implementación de la Disminución de la Mortalidad Materno-neonatal del MSP
3. Gestión de la realización de los grupos focales: transporte y viáticos para las entrevistas a los grupos de enfoque en la RPIS en dos regiones ecuatorianas.
4. Materiales didácticos: papel lápices, borradores, bolígrafos, pliegos de papel, grabadora de audio, cuadernos.

4.6.6. Plan análisis de datos

La información de las historias de vida para el análisis cualitativo se procesó en el programa en línea *nubedepalabras.es* para organizar y concentrar datos, posteriormente se interpretaron aquellos elementos con mejor relación a los resultados y se categorizaron las respuestas para resaltar similitudes y agrupar ideas para establecer una realidad colectiva y obtener conclusiones fiables.

4.7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El planteamiento planificado se fundamentó en el análisis de fuentes de información secundaria anonimizadas, que no plantean aplicación de intervenciones directas a pacientes; y, por tanto, no existieron riesgos para los pacientes.

Se obtuvo consentimiento informado de los participantes (ver anexo) y se respetó la privacidad de las personas entrevistadas en los grupos focales y entrevistas a profundidad, manteniendo la confidencialidad en todo momento.

Las grabaciones en audio y video fueron destruidas una vez que se finalizó el análisis.

Los verbatim transcritos y expuestos, fueron anonimizados utilizando códigos.

4.8. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.8.1. Recursos necesarios:

- Recursos Humanos: Conformado por las investigadora o autoras principales, los tutores que incluye al director de la tesis y al asesor metodológico; y adicionalmente el personal directivo y demás miembros de la institución donde se realizó el estudio.

- Recursos materiales: Papelería que incluye el guion que se aplicó, los asentimientos y consentimiento informado, material de oficina material bibliográfico y de computación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA CUANTITATIVA

Encontramos que en el año 2015 hubo un total de 2 615 transferencias neonatales, mismas que se produjeron principalmente de la zona 2 correspondiente a Pichincha, Napo, Orellana, con un total de 1 133 transferencias corresponde al 43.33% del total. El resto de las zonas en conjunto corresponden al 53.33%. La zona que menos transferencias realizó es la zona 6 Cañar, Azuay y Morona Santiago que alcanzó el 3.33% del total (ver tablas 5 y 6).

Tabla 5.

Zona de planificación territorial de referencia en el año 2015.

ZONA QUE REFIERE*	TRANSFERENCIAS
Zona 2 Pichincha, Napo, Orellana	1 133
Zona 9 Distrito Metropolitano de Quito	298
Zona 8 Distrito Metropolitano de Guayaquil	220
Zona 4 Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas	209
Zona 1 Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos	200
Zona 5 Santa Elena, Guayas, Bolívar, Los Ríos, Galápagos	191
Zona 3 Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza	163
Zona 7 El Oro, Loja, Zamora Chinchipe	118
Zona 6 Cañar, Azuay y Morona Santiago	83

***Zona de planificación territorial** son entes conformados por provincias conjuntas o distritos metropolitanos, con el fin de concentrar actividades administrativas.

Tabla 6.

Detalle de referencias por provincias a nivel nacional, durante el año 2015.

PROVINCIA/DISTRITO QUE REFIERE*	NÚMERO DE TRANSFERENCIAS
Napo/distrito 15d01	643
Distrito Metropolitano de Quito	293
Guayaquil	219
Manabí	145
Esmeraldas	101
Guayas	100
Orellana/distrito 22d01	93
Tungurahua	78
Santo domingo de los Tsáchilas	64
Azuay	63
Loja	63
Orellana	62
Los Ríos	59
Imbabura	58
Pichincha distrito 17d11 Mejía	52

* **Provincia / Distrito.** - es una entidad político-administrativa compuesta por un territorio claramente definido.

En la **Tabla 6**. Se identifica a las Provincias y distritos que realizaron el mayor número de referencias, durante el año 2015. Siendo la principal Napo con un total de 643, seguidas por Distrito Metropolitano de Quito y Guayaquil, en conjunto las tres provincias representan el 52% del total de las referencias a nivel nacional. Siendo un 2% mayor que el resto de provincias, sin embargo, entre las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas, Azuay Loja y Orellana tienen una media de 62 transferencias mientras que entre Los Ríos, Imbabura y Pichincha Distrito Mejía tiene una media de 56 transferencias.

En la **Tabla 7**. Se detalla el total de transferencias a nivel nacional en el año 2015, identificando cada centro emisor y receptor. De las cuales, las unidades correspondientes a la ciudad El Tena, destacan con un mayor número de transferencias, con un total de 155, lo cual se relación con la tabla 2, donde se considera a Napo como la principal provincia en realizar transferencias. Segunda del Centro de Salud Joya de los Sachas/ Orellana. Estos dos centros emisores corresponden al 37%.

Tabla 7.

Detalle de unidades de salud identificadas como centros con mayor emisión-recepción

	Centro emisor / provincia	Centro receptor / provincia	Total transferencias
1	Centro de Salud Satelital / Tena	H. José María Velasco Ibarra/ Tena	155
2	Centro de Salud Joya de los Sachas/ Orellana	H. Francisco de Orellana/ Orellana	139
3	Centro de Salud urbano / Tena	H. José María Velasco Ibarra/ Tena	89
4	Centro de Salud Archidona / Tena	H. José María Velasco Ibarra/ Tena	69
5	Centro de Salud Arosemena Tola / Tena	H. José María Velasco Ibarra / Tena	67
6	H. G. Abel Gilbert Pontón / Guayas	H. De la Policía Nacional G-2/ Guayas	66
7	Centro de Salud Paushiyacu/ Tena	H. José María Velasco Ibarra/ Tena	65
8	Centro de Salud Misahuallí / Tena	H. José María Velasco Ibarra / Tena	52
9	H. Universitario de Guayaquil Guayas	H. De la Policía Nacional G-2/ Guayas	39
10	Coordinación zonal /Tungurahua	4 IESS-Hospital de Ambato/ Tungurahua	37

En la **Tabla 8.** En esta tabla se identifica al centro de Salud Satelital, correspondiente a la provincia de Napo, ciudad de Tena como la unidad médica con mayor número de transferencias, con un total de 155. Cabe mencionar que, si se considera al Centro de Salud Urbano Tena, Centro de Salud Archidona, Centro de Salud Arosemena Tola, Centro de Salud Paushiyacu, Centro de Salud Misahualli, todos corresponden al igual que el Centro de Salud Satelital a la provincia de Napo.

Tienen un total de 497 transferencias que es el 47% del total. Esto se correlaciona con la tabla 7, donde Napo es la provincia principal para realizar transferencias.

Tabla 8.

Principales unidades de salud identificadas como emisoras, año 2015.

UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE	Número de transferencias
Centro de Salud Satelital	155
Centro de Salud Joya de los Sachas	139
Centro de Salud Urbano Tena	89
H Abel Gilbert Pontón	71
Centro de Salud Archidona	69
Centro de Salud Arosemena Tola	67
Centro de Salud Paushiyacu	65
Hospital Básico de Sangolquí	61
Hospital Básico de Yaruquí	59
Centro de Salud Misahuallí	52
Hospital Regional Vicente Corral Moscoso	50
Hospital Delfina Torres de Concha	47
Hospital Universitario de Guayaquil	42
Coordinación zonal 3	40
Hospital San Vicente de Paúl	40

En la **Tabla 9**. Se hace mención al número de referencias realizadas de acuerdo al tipo de establecimiento. Se destaca que el primer nivel de atención (centro de salud tipo a, b, y c) son los que realizan más números de referencias a centros de mayor complejidad, corresponde al 47.3 %, seguido de segundo nivel de atención (Hospital básico y general), con el 46.7%. Las clínicas realizaron 2 transferencias que es menos del 1% del total referido. En relación a los hospitales especializados realizaron el 2% de las transferencias.

Tabla 9.

Emisiones de acuerdo al tipo

TIPO DE ES EMISOR	NÚMERO DE EMISIONES
Puestos de salud y centros de salud a y b	892
Centros de salud tipo c, materno infantiles	209
Hospitales básicos	520
Hospitales generales	567
Hospitales de especialidades	75
Hospitales especializados	61
Clínicas	2
Total	2326

* *Primer nivel de atención:* Puesto de salud, y centro de salud a, b y c. *Segundo nivel de atención:* Hospital Básico y general. *Tercer nivel:* Hospital Especializado.

En la tabla 10, se detalla el número de referencias realizadas desde los diferentes centros emisores y receptores de acuerdo al nivel de atención, con un total de 2 236 referencias.

El análisis de los resultados expuestos en esta tabla, de forma general indica que los centros de salud del primer nivel de atención son los que realizan la mayor cantidad de transferencias a niveles superiores, con un total de 1 084 (48.4%), el segundo nivel realiza un total de 1 017 (45.4%) y el tercer nivel es el que menor cantidad de transferencia realizó en el año 2015, con un valor total de 134 transferencias que equivale al 5.9%.

Se realizaron desde el centro de salud A y B correspondiente al primer nivel de atención de salud, un total de 711 referencias hacia hospital general, que corresponde al 80% del total de transferencias a este nivel. Mientras que los centros de salud tipo C y maternos infantiles correspondientes al segundo nivel de atención realizaron 153 (76.8%) de referencias al hospital básico. En relación a los hospitales básicos enviaron 208 (42.9%) de transferencias al hospital general. Así como, los hospitales generales efectuaron un total de 461 (86.4%) emisiones a los hospitales general y de especialidades con una media de 230 transferencias. Finalmente, de los hospitales de especialidades efectuaron 23 transferencias a un centro de segundo nivel de atención y 26 transferencias a un hospital de mismo nivel de atención. Con un total de 49 transferencias correspondiente al 81.6% del total realizado.

Además, de acuerdo con el análisis de los datos se llega a la conclusión que el sitio que recibe mayores transferencias es el segundo nivel de atención, correspondieren al Hospital General. A su vez se evidencia que el Hospital de Especialidades, realizan referencia inversa a hospitales de menor nivel de atención.

A continuación, se detalla el número de transferencias dadas por el establecimiento emisor de acuerdo a su nivel de atención hacia el receptor, en el año 2015.

Tabla 10.

Tipo de establecimiento emisor y receptor

Tipo de establecimiento emisor*	Tipo de establecimiento receptor						Total
	A y B	C	HB	HG	HE	HEs	
Centros de salud a y b (A y B)	0	8	68	711	48	50	885
Centros de salud tipo c, materno infantiles (C)	0	0	153	14	6	26	199
Hospitales básicos (HB)	2	1	19	208	100	154	484
Hospitales generales (HG)	0	1	13	230	58	231	533
Hospitales de especialidades (HE)	0	0	0	66	3	5	74
Hospitales especializados (HEs)	0	0	3	23	26	8	60
Total	2	10	256	1,252	241	474	2 235

* *Tipo de establecimiento emisor* es aquel que realiza la transferencia del paciente. *Tipo de establecimiento receptor* es aquel recibe al paciente para continuar con la atención de mayor complejidad. *Primer nivel de atención:* Puesto de salud, y centro de salud a, b y c. *Segundo nivel de atención:* Hospital Básico y general. *Tercer nivel:* Hospital Especializado.

En la tabla 11 adjunta, se identifican los niveles de atención que reciben las transferencias dependiendo de la zona emisora.

Los datos mostrados en la tabla identifican a la zona 2 (Pichincha, Napo y Orellana), la zona 8 (Distrito metropolitano Guayaquil) y 9 (Distrito metropolitano de Quito) como las zonas con mayor emisión de transferencias a nivel nacional. De estas, la zona 2 antes detallada, recibe sus transferencias en el segundo nivel de atención (Hospital Básico y general), mientras que, la zona 8 y 9 recibe en el tercer nivel de atención, Hospital de Especialidades y especializados, con un total de 676 transferencias.

Cabe mencionar que los resultados en cada tabla, correlaciona a la Provincia de Napo como el área que realiza mayor número de transferencias a nivel nacional, desde su centro de primer nivel de atención.

Se encontraron 5 redes de transporte neonatal, siendo estas:

1. Red Tena (Hospital José María Velasco Ibarra)
2. Red Quito (Hospital Baca Ortiz)
3. Red Guayaquil (Hospital Abel Gilbert Pontón y Hospital Francisco de Icaza Bustamante)
4. Red Loja (Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja)
5. Red Cuenca (Hospital Regional Vicente Corral Moscoso)

Tabla 11.

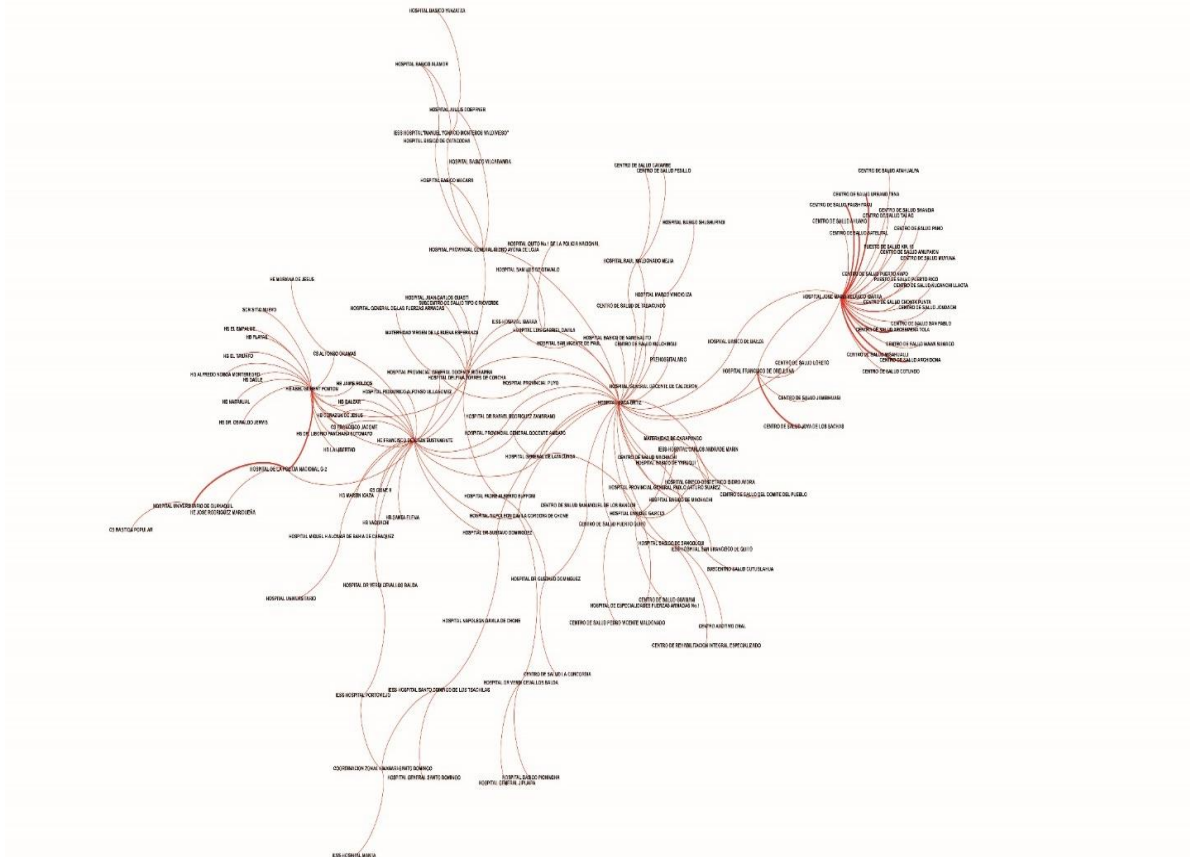
Zona emisora y centro de salud receptor

TIPO DE RECEPTOR	ZONA EMISORA					Total
	1	2	4	8	9	
Puestos de salud y centros de salud a y b + Centros de salud tipo c, materno infantiles	2	8	0	0	0	10
Hospitales básicos + Hospitales generales	108	906	80	169	103	1 366
Hospitales de especialidades + Hospitales especializados	0	0	31	331	343	705
Total	110	914	111	500	446	2 081

En la siguiente figura se detalla los principales nodos de transferencia neonatales durante el año 2015 en el territorio ecuatoriano y su distribución a nivel nacional y provincial.

Figura 4.

Red principal de transferencias neonatales del año 2015

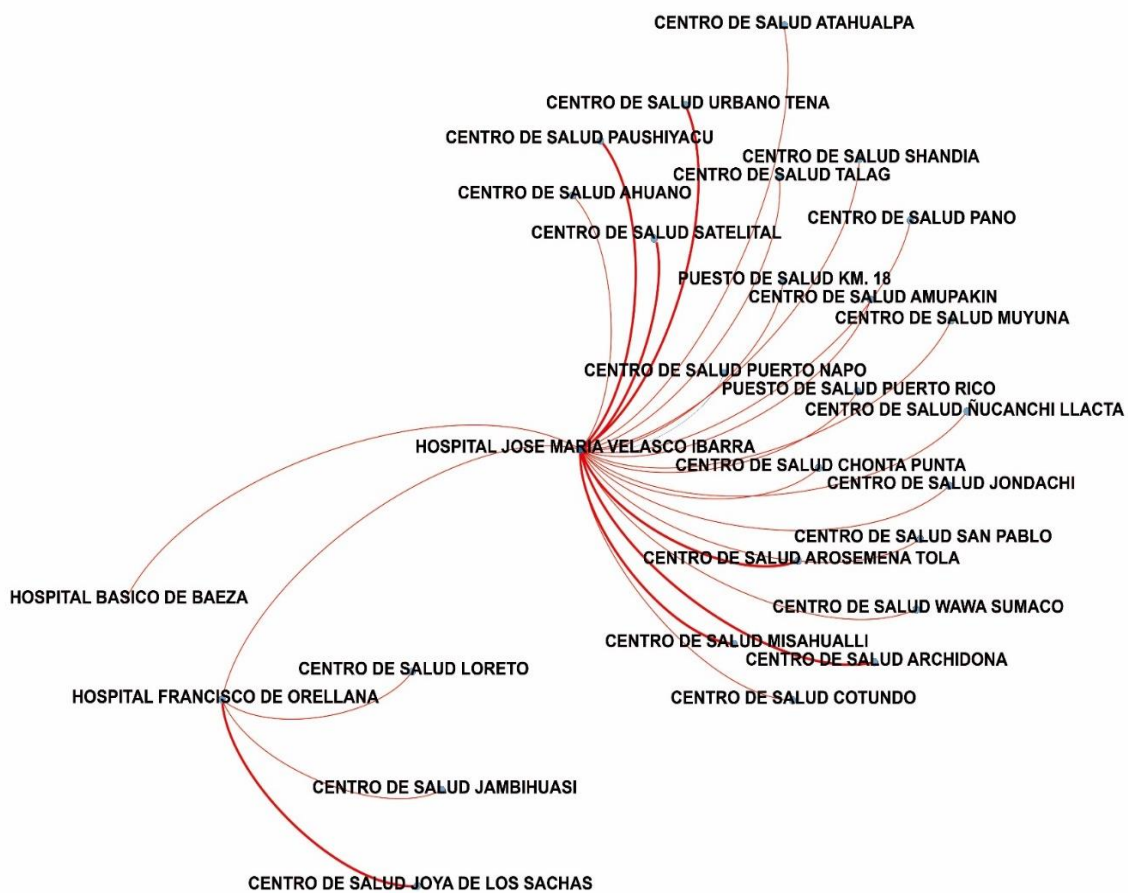


Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

En la siguiente figura representamos la subred Tena en donde el principal ente de referencia neonatal es el hospital José María Velasco Ibarra (Tena) abarcando toda la provincia del Napo, así como parte de la provincia de Orellana.

Figura 5.

Subred Tena corresponde como eje principal Hospital José María Velasco Ibarra, como unidad receptora de tercer nivel de atención

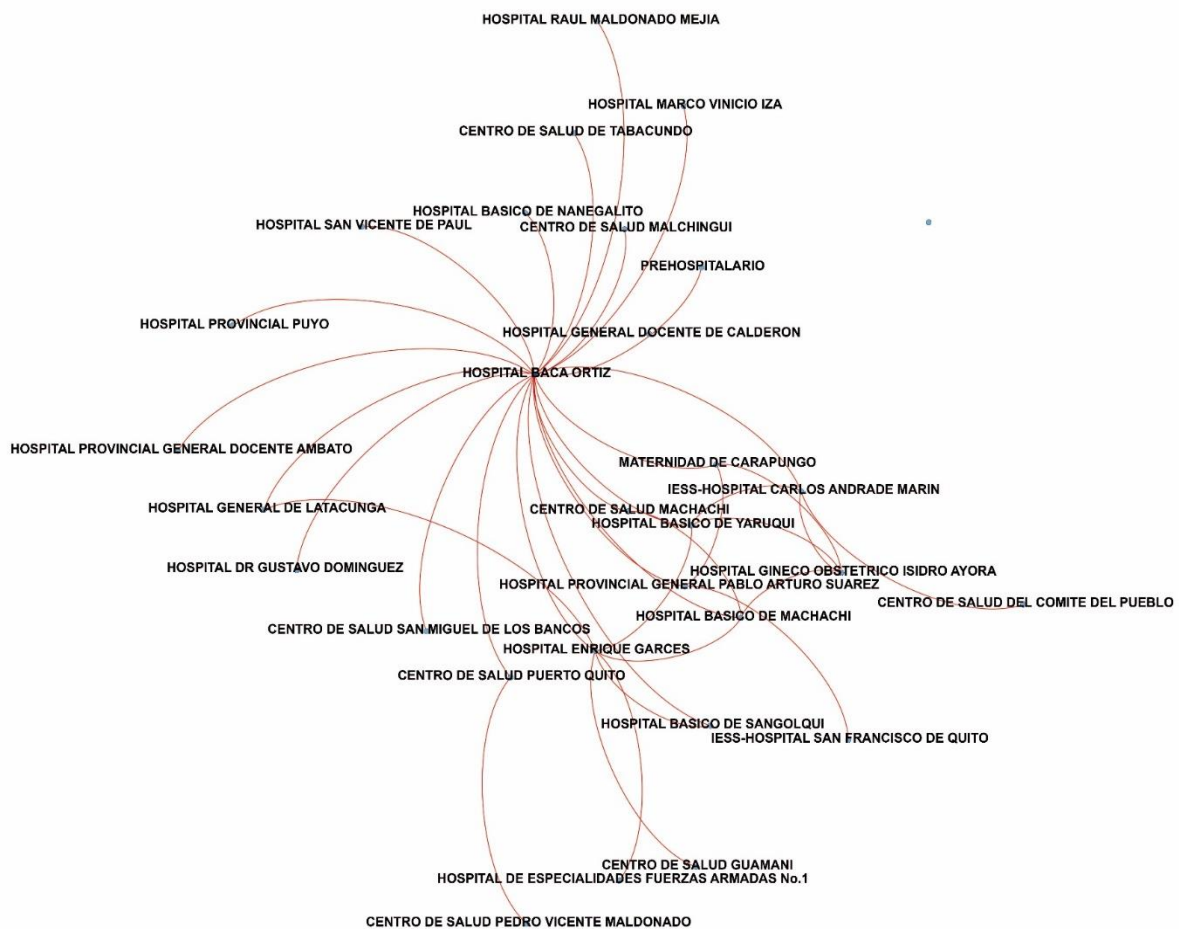


Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

En la subred Quito contamos como principal referente de transferencia neonatal al hospital pediátrico Baca Ortiz como hospital de tercer nivel el cual recibe las transferencias de los hospitales generales de la ciudad de Quito así como del área rural.

Figura 6.

Subred Quito corresponde como eje principal Hospital Baca Ortiz, como unidad receptora de tercer nivel de atención

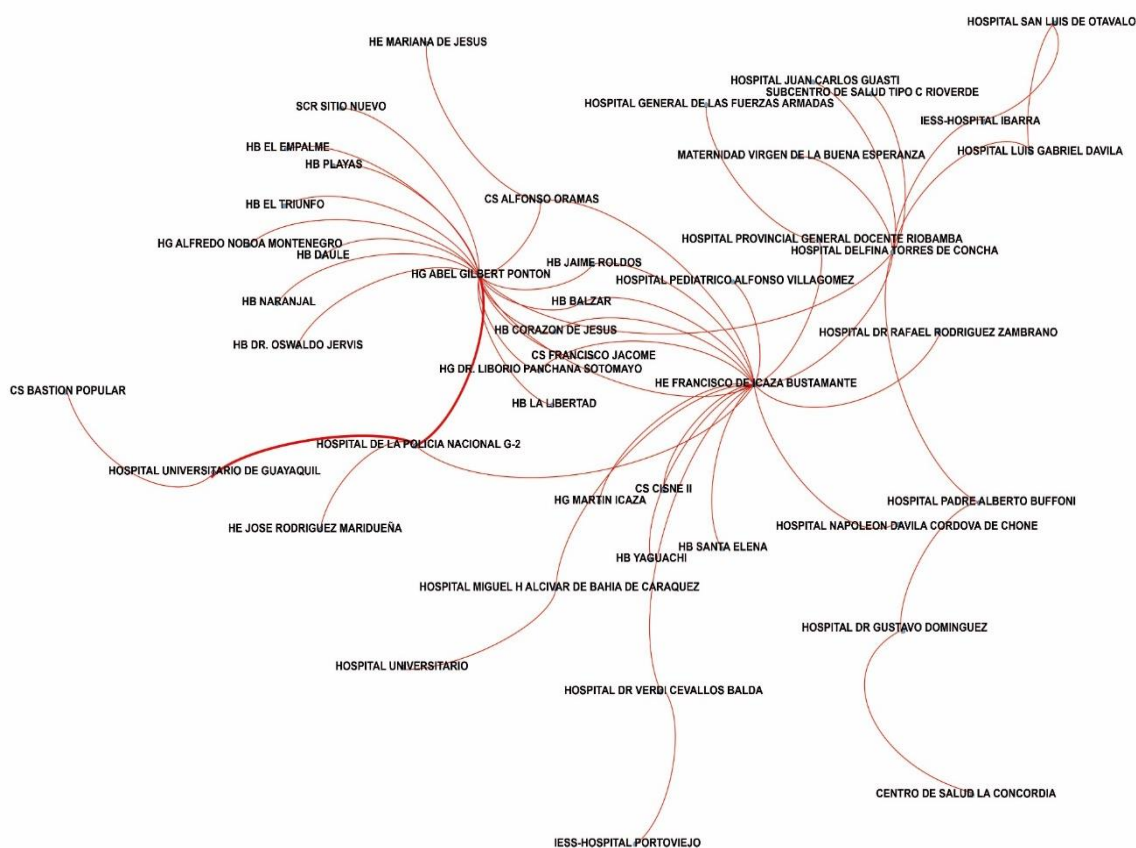


Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

La subred Guayaquil cuenta con dos entes principales de transferencia neonatal como son el *Hospital Gilbert Pontón* y *Hospital Icaza Bustamante* los cuales reciben las referencias neonatales de la provincia del Guayas tanto de la parte rural así como de la urbana.

Figura 7.

Subred Guayaquil corresponden como ejes principales Hospital Gilbert Pontón y Hospital Icaza Bustamante, como unidades receptoras de tercer nivel de atención

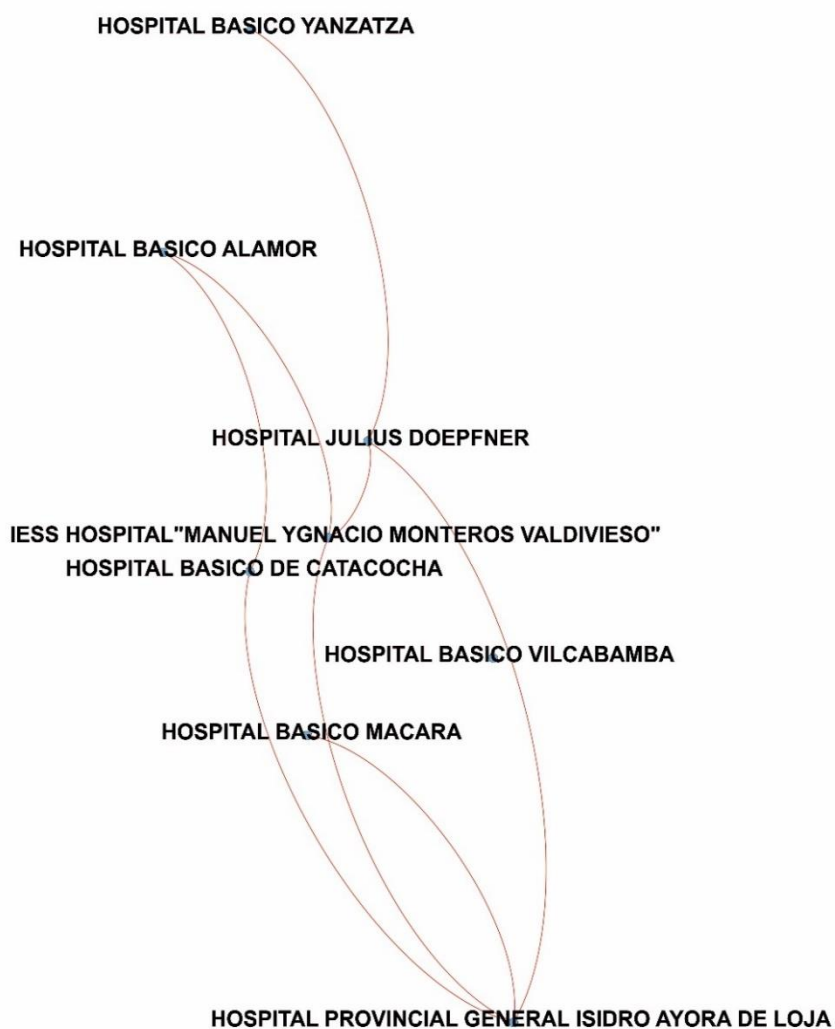


Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

A continuación, mostramos la subred Loja donde el hospital provincial Isidro Ayora es la unidad principal de referencia neonatal en la provincia de Loja

Figura 8.

Subred Loja corresponde como eje principal Hospital Provincial General Isidro Ayora, como unidad receptora de tercer nivel de atención

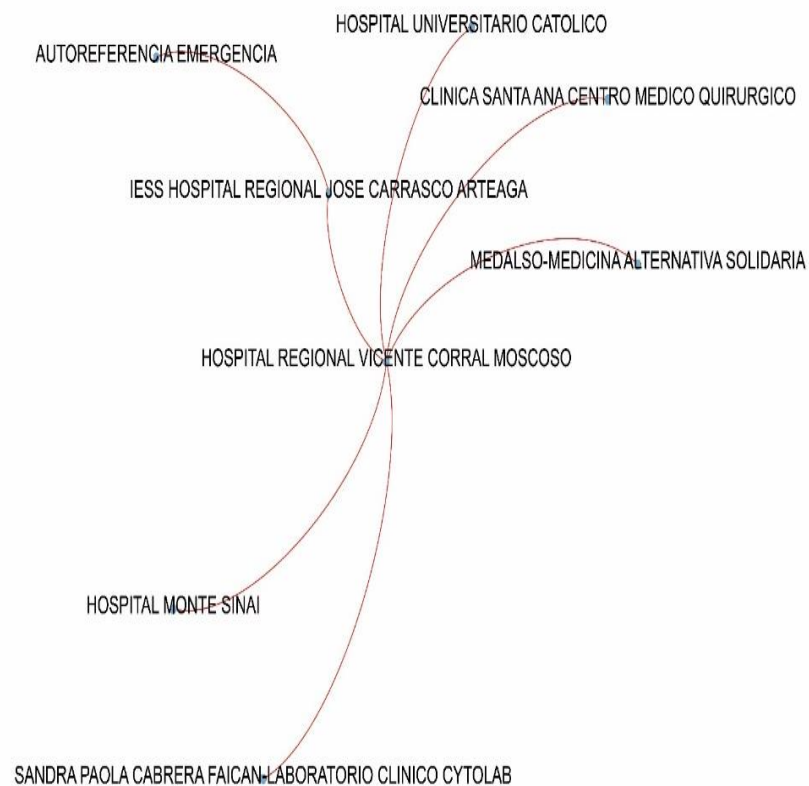


Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

En la subred de Cuenca muestra como eje referente de transferencia neonatal al hospital Regional Vicente Corral Moscoso de los diferentes centros emisores de la provincia de Cuenca.

Figura 9.

Subred Cuenca corresponde como eje principal Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, como unidad receptora de tercer nivel de atención



Elaborado por: Dr. Pablo Burbano, Dr. Iván Dueñas.

4.2. ESTADÍSTICA CUALITATIVA

4.2.1. GRUPOS FOCALES Y ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

El abordaje de los informantes se lo realizó a través del instrumento de recolección de información llevando a cabo entrevistas a profundidad y grupos focales. La situación de emergencia ante el COVID-19 en el Ecuador derivó en la consideración de dos nodos críticos en el proceso de transporte neonatal como son el Hospital General José María Velasco Ibarra ubicado en la Provincia de Napo, ciudad de Tena. Así como el Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, localizado en la Provincia de Pichincha, ciudad de Quito.

En ambos hospitales se realizó entrevistas a profundidad al personal sanitario que se encontraba en sus actividades asistenciales. Mientras que dos grupos focales fueron llevados a cabo únicamente en el Hospital General José María Velasco Ibarra. En ambos casos se empleó una guía de preguntas (Anexo 1) considerando cada uno de los componentes que están implícitos en la transferencia y transporte neonatal a fin de que los informantes reflexionaran en función de cada tópico.

Se asignó un código de identificación para cada uno de los informantes a fin de garantizar la confidencialidad de la información suministrada por estos. Una vez

realizado el trabajo de campo y el levantamiento de información se hizo la transcripción del discurso de cada participante. La información sistematizada fue procesada inicialmente eliminando preposiciones, conjunciones y artículos, respetando las opiniones e ideas expuestas por los informantes al momento de la transcripción.

A fin de identificar la recurrencia de palabras inherentes a cada categoría establecida desde el discurso de los informantes se realizó una nube de palabras encontrando las principales y más significativas a través de la frecuencia de aparición. En este caso se empleó el programa en línea *nubedepalabras.es*.

El diseño de investigación se basó en la Teoría Fundamentada a través de la cual se identificó las categorías emergentes y subcategorías que eran compartidas en el discurso relacionadas con transferencia y transporte neonatal y la dinámica que experimentan en el día a día los participantes, así como su percepción sobre las acciones que debe seguirse para mejorar el servicio desde una perspectiva basada en la gestión eficiente.

Una vez identificadas las categorías emergentes y subcategorías se realizó el análisis desde el discurso de los informantes identificando relaciones de correspondencia mediante la codificación axial, es a través de la codificación selectiva donde se establece la relación con los fundamentos teóricos en lo concerniente a la gestión eficiente del traslado neonatal, de esta forma fueron

establecidas las categorías y subcategorías que emergieron del discurso de los informantes en función de la realidad que experimentan lo que permitió desarrollar el análisis y la síntesis a través de la representación de las redes de relaciones encontradas en figuras y diagramas. De esta forma se presenta a continuación los resultados del análisis cualitativo.

4.2.2. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI

4.2.2.1. Asignación de código de identificación de los participantes

Lugar: Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Tabla 12.

Lista de participantes

CÓDIGO PARTICIPANTE	CARGO	TIEMPO LABORAL
QHGONA 2 ^a	Posgrado Pediatría	1 año 3 meses
QHGONA 1B	Pediatra	3 años
QHGONA 1C	Médico residente	1 año
QHGONA 2D	Pediatra	3 años
QHGONA 1E	Enfermero	2 años
QHGONA 2F	Médico residente	1 año
QHGONA 2G	Enfermera	2 años
QHGONA 2H	Enfermera	1 año 6 meses
QHGONA 2I	Enfermera	9 años
QHGONA 2J	Enfermera	2 años 6 meses

Existe conocimiento sobre la existencia de un protocolo que incluye los procedimientos y distribución de responsabilidades en lo referente al transporte de neonatos. Evidenciado en el siguiente testimonio

“Se tiene conocimiento sobre la correspondiente responsabilidad de cada quien, es decir que cada persona sabe qué y cuál es su función al manejar en el transporte” **QHGONA 2A**

Con respecto al cumplimiento del protocolo coinciden en que se cumplen los parámetros incluidos en relación con el proceso de transporte, puede evidenciarse a continuación:

“En cuanto a pacientes que llegan de segundo nivel acá son pacientes mejor transportados con buen valor de glucemia, respetando la vía aérea y con buenos accesos vasculares. Y paciente que nosotros derivamos a otras casas de salud como...siempre tratamos de precautelar todo lo que lleva a cabo el protocolo de transporte neonatal” **QHGONA 2D**

“Se lo cumple a cabalidad según los protocolos que se lleva según el hospital a nivel general y nacional según el protocolo de Ministerio de Salud Pública” **QHGONA 1E**

Si bien existe el protocolo de transporte y la personal procura seguirlo, los entrevistados reconocen que existen fallas que deben ser abordadas tales como:

“Hemos recibido pacientes hipertérmicos, hipoglucémicos, desaturando, que no se lleva adecuadamente la vigilancia de los signos vitales de paciente, si hemos recibido con algunas fallas” **QHGONA 1B**

Existen falencias en relación con el cumplimiento del protocolo STABLE, en lo referente a pacientes que se reciben del primero y segundo nivel de atención

“Con respecto a los pacientes que nosotros recibimos la mayoría de parte de primero y segundo nivel vemos que no se están acatando a los protocolos en base al transporte neonatal que se estableció el protocolo STABLE... la mayoría de los pacientes que llegan a esta unidad llegan mal transportados, hipertérmicos, hipoglucémicos en el lugar de que hayan necesitado intubar los pacientes viene mal intubados entonces” QHGONA 2D

El informante opina que es necesario que el personal de primer y segundo nivel sea capacitado en el protocolo STABLE.

Los entrevistados coincidieron que existen falencias en la fase de habilitación de las unidades para el transporte, ya que en ocasiones no se dispone de la unidad, también ocurre que, ante el traslado de los neonatos, la cuna donde se transporta no se adecua a la unidad y debe ser cambiada tal y como es enunciado por los entrevistados:

“A veces tenemos el transporte como que no se adecuada cuando salen los niños a unas placas fuera del hospital, toca vuelta ver otra cuna por a veces no alcanza en las ambulancias y ese es uno de los problemas, porque a veces el niño ya está abajo y va a estar sube y baja hasta ver en qué cuna, ese sería uno de los problemas” QHGONA 2J

“A veces falta un poco de lo que es transporte para una hora, pero se logra hacerlo lo que es el transporte del paciente y ya” QHGONA 1E

En general se cumple el protocolo de traslado, sin embargo, amerita hacer evaluaciones periódicas de funcionamiento para realizar los correctivos necesarios, la capacitación del personal en todos los niveles ha de garantizar que se lleve a cabo el procedimiento óptimo en función de cada caso.

Para los entrevistados los pasos más importantes en el transporte neonatal son los siguientes: equipo transporte y transferencia, conocimiento del estado clínico del paciente, sostenimiento de valores como temperatura, hemodinamia. Con menor nivel de importancia apareció la comunicación entre los involucrados en el proceso.

- **Conocimiento clínico del paciente**

Fue considerado como un proceso importante, en éste los entrevistados destacaron aspectos como los siguientes:

“El paso más importante, el conocimiento del paciente en base a eso necesitamos actualmente establecer las pautas del transporte adecuado” QHGONA 1B

“Conocer siempre al paciente el estado clínico para dar un buen tratamiento acorde a lo que el paciente requiera y necesita... el tipo de ventilación, si esta hipoglucémico” QHGONA 1C

- **Sostenimiento de valores como temperatura, hemodinamia, suministro de oxígeno**

“El proceso más importante...mantener la hemodinamia del paciente igual la parte respiratoria y abastecimiento amplio de oxígeno y monitorización para un transporte ya sea interhospitalario como igual provincial” QHGONA 1E.

“También son los signos vitales y esenciales la temperatura y si es, transporte de oxígeno” QHGONA 2H

“Para el transporte sería que le mantengan en un ambiente neutro, las vías que estén bien fijadas, los signos vitales y colocados bien el oxígeno” QHGONA 2I

- **Importancia del Equipo de transferencia**

En relación con el equipo de transferencia y transporte se valoró la importancia de la incubadora como medio adecuado para transportar y la confusión que puede ocurrir entre la cuna radiante y la incubadora:

“La cuna que se encuentra en la neonatología para el transporte en una ambulancia como puede ser la cuna de calor radiante, como la incubadora de transporte debido a que eso creo que yo, creo que el principal factor para poder desarrollar un problema en el neonato como la temperatura o el oxígeno”
QHGONA 2A

- **Comunicación entre unidades involucradas**

Hace referencia a la importancia a que desde la unidad donde se produce el traslado se refiera el estado del paciente a la unidad receptora de forma que el ingreso sea el adecuado.

“La comunicación de unidad a unidad, porque si de la unidad de la que sale el niño no te refieren como va, no puedes tu orientarte para que el ingreso del niño sea el adecuado” **QHGONA 2H**

Se aprecia que no existe un único proceso que revista mayor importancia, todo lo contrario, existen procesos concatenados en la transferencia y traslado de los pacientes que incluye el conocimiento clínico del paciente, el equipo de transporte-incubadora el sostenimiento de la hemodinamia, temperatura y suministro de oxígeno, así como la comunicación entre las unidades involucradas en la transferencia.

En cuanto a la realización dentro del protocolo de los procedimientos en la transferencia de neonatos existe coincidencia en lo enunciado por los informantes con respecto al apartado anterior, validando el protocolo y la secuencia que se sigue, se aprecia en los siguientes fragmentos de las entrevistas. Los entrevistados refieren que consideran que se lleva a cabo un adecuado protocolo.

“Se realiza un adecuado protocolo del cambio del ambiente del neonato desde la neonatología hacia la cuna de transporte y hacia la ambulancia...existen pasos a seguir quien está a cargo es la fisioterapeuta preparando todo, entre esto la incubadora, ...cuando ya se encuentra preparado todo tanto termorregulador u oxígeno nos dan la oportunidad de pasarle al bebé a la cuna ...además en la ambulancia las veces que yo he estado...se encuentran todos los implementos como: el oxígeno y el espacio adecuado en el vehículo” QHGONA 2A

“Los pasos se realizan a cabalidad, se dispone de una cuna de transporte la cual tiene los aditamentos necesarios, y siempre están disponibles para realizar un transporte de paciente para un examen o transferencia y al momento, en el tiempo que he trabajado se han cumplido todos y no ha faltado” QHGONA 1E

Algunos entrevistados mencionan las falencias que existen en la realización de los pasos en la transferencia de neonatos, tal y como se aprecia en los siguientes párrafos

“Bueno en ocasiones, mal transportados, por ejemplo, con la temperatura, es el problema, a veces también se les acaba el oxígeno en el trayecto. Eso es lo que más hemos evidenciado nosotros. Y a veces vienen en brazos de madre, ese es otro problema” QHGONA 2F

“Esencial la temperatura del recién nacido, depende si es un prematuro o un niño ya, de más edad; también lo que es el oxígeno, ciertos niños vienen bajo ventilación mecánica y otros solo con cánula nasal, pero a la final no vienen como está, como nos indican en la transferencia” QHGONA 2H

Resaltan la importancia de brindar procesos de capacitación al personal del primer y segundo nivel de centros de salud.

“Es necesario brindar conocimientos y prácticas del primer nivel, hay pacientes que vienen transportados de ese nivel y se sabe que ese es el puerto de entrada, entonces si es que tenemos el primer nivel bien establecido muchos de esos pacientes se pueden contener ...de los que trabajan en primer nivel valorarles...capacitarles no sé si trimestral o semestralmente en cuanto a los conocimientos sobre todo del transporte neonatal”

QHGONA 2D

Los entrevistados coinciden a nivel del centro hospitalario que se cumple con el protocolo y pasos en la transferencia de neonatos, las falencias las identifican en relación con las transferencias que provienen de primer o segundo nivel ante esto sugieren que se capacite en forma teórico-práctica al personal en cuanto al protocolo a seguir.

4.2.2.4. Procedimientos en el protocolo que en la actualidad no se realizan y la factibilidad de que puedan ser implementados en el centro de salud

Figura 13.

Procedimientos en el protocolo que en la actualidad no se realizan y la factibilidad de que puedan ser implementados en el centro de salud



Fuente: Programa nubedepalabras.es.

Elaborado por: MD. Mayra Ojeda, MD Karina Vargas.

La recurrencia de palabras se asocia al déficit de personal en este caso especializado, así como, falta de insumos y de incubadoras.

El personal entrevistado valida que se cumple el protocolo en el centro hospitalario, la limitación esta relaciona con carencia de personal, provisión de equipos de mayor tecnificación como incubadoras y suplencia de insumos. Como se evidencia en las opiniones que se presentan.

Ante la carencia de equipos el personal busca como dar respuesta a la situación:

“...lo digo por experiencia mía en que no se ha contado con la incubadora de transporte porque está ocupada en otro neonato, en ese momento se ocupa la cuna normal con la que hay niños que están en condiciones para pasarle”
QHGONA 2A

“...creo que la temperatura sería, porque a veces se transporta en cuna de calor radiante y es totalmente abierto, no es como una incubadora” **QHGONA 2I**

La falta de personal especializado es referida también por los entrevistados:

“Podríamos estar fallando en el personal sí que no sea un pediatra o neonatólogo que transfiera al bebé, sino que sea un médico residente, pero nuestro personal médico está capacitado, certificado en reanimación neonatal con el certificado que avala el curso y generalmente maneja muy bien la vía aérea” **QHGONA 1B**

“Sería lo ideal que un pediatra transporte un bebito que está complicado, no es crítico, pero a veces tenemos que hacerlo los médicos residentes por cuestiones de personal” **QHGONA 1C**

“...falta de personal capacitado en esa área, incluso en el primer nivel hay paciente que están manejados por médicos generales y obviamente la neonatología es otro mundo” **QHGONA 2D**

Dentro de los aspectos que consideran pueden mejorar se relacionan principalmente con la provisión de equipos como las incubadoras y los insumos, como se muestra a continuación.

“...que exista oxígeno incorporado en las incubadoras, eso podría mejorar”
QHGONA 2G

“Adaptar a las incubadoras, también el oxígeno para no depender de un tanque y que pueda ir más cómodo el niño sin necesidad de que veamos, de ponerle bigotera, porque a veces se van con muchos cables en las cunas de transporte ya sea el cable del oxígeno, el cable de las bombas que van administradas, el del oxímetro, hasta acomodar eso en las cunas, hasta acomodarles a los niños, es un riesgo, también” QHGONA 2J

Se aprecia que se suple la función de los especialistas con personal residente o general debido a la carencia de personal, esta debe ser una situación por mejorar que depende principalmente de las autoridades sujeto además a las partidas presupuestarias. También es necesario que se supla de un mejor equipamiento para el traslado del neonato en función de un estudio de la demanda y promedio de uso semanal de estos equipos para transportación y de esta forma determinar el requerimiento exacto. Lo mismo debe ser evaluado para la suplencia de insumos.

las barreras en este caso se relacionan con la carencia del recurso humano, equipos apropiados y suplencia de insumos. Esto se recoge en los siguientes testimonios.

“A veces como son los tratantes o los médicos los que sales con los bebés, a veces se van solos, y yo creo que sí, es un poco difícil para ellos, llevar, transportar solos la incubadora” QHGONA 2J

“Hacer que el personal capacitado sea el que lo traslade, pero realmente no podemos porque tiene alguien que quedarse en la sala” QHGONA 1B

“El personal de fisioterapia es el que maneja la incubadora o incluso del personal médico debido a la saturación de pacientes, estando a cargo no pueden asistir en la transferencia...sino va un médico residente” QHGONA 2A

Continuando, los entrevistados expresan la necesidad de contar con equipos e insumos, tal y como se evidencia en los siguientes fragmentos.

“Hace falta muchos insumos y equipos de traslado, por ejemplo; hay hospitales que tiene incubadora de transporte pero que no funciona su calefacción o que no tiene ventiladores de transporte y tiene que venir deambulando... ese desafío sería a nivel país no solo de un hospital o de alguna región y eso que depende inminentemente del Ministerio sobre todo de la situación que estamos pasado como país” QHGONA 2D

“Implementación de equipos necesarios para hacer ese traslado del paciente, como por ejemplo que se yo; tanques de oxígeno, monitores para regular saturación, frecuencia cardíaca, este... una adecuada termorregulación de las incubadoras” QHGONA 2F

El desafío tiene que ver con la incorporación de personal en el centro hospitalario en función de la demanda que atienden de forma que se cubra la atención a lo interno y en el caso de una transferencia estando en manos del Ministerio de Salud. De igual forma pasa con el suministro de insumos y equipamiento.

incrementar el número de incubadoras, además de brindar capacitación. Otro aspecto es la coordinación entre las unidades involucradas en la transportación de neonatos. Estas opiniones se expresan en los fragmentos que se presentan a continuación.

- **A nivel de incremento de personal**

“... aumento de personal” QHGONA 2A

“Más pediatras para un adecuado transporte” QHGONA 1C

“Una persona más que acompañe en el transporte del paciente” QHGONA 1E

- **A nivel de mejora en equipos:**

“Mejoras en los equipos o el aumento de los equipos como es la cuna”

QHGONA2A

“El mantenimiento de los equipos y nuevos equipos para cumplir con la cuota de transporte de nuestro centro” QHGONA 1B

“Equipos necesarios para hacer ese traslado y esto nos ayudará para una manera adecuada” QHGONA 2F

Se hace referencia a la capacitación dirigida a todo el personal y que se certifique:

“Capacitación continua del personal médico a cargo del ministerio eh con los avales y los certificados necesarios para hacerlo” QHGONA 1B

“Capacitación continua a toda la personal enfermería, médicos residentes, pediatría, incluso auxiliares para que estén correctamente... tengan una buena capacitación en cuanto al transporte” QHGONA 1C

Los entrevistados dan importancia además a la gestión de transporte y la solicitud de traslado con mayor antelación:

“Gestión del transporte... con un poco más tiempo como para no estar momentos a presurosos porque el paciente tiene que ser transferido con su madre...”

QHGONA 2D

Por último, resaltan la importancia de que exista coordinación entre las unidades:

“Coordinación de los hospitales a donde se va a transferir al recién nacido, ese sería un facilitador y de ahí que haya todo lo necesario” **QHGONA 2G**

Como desafío los entrevistados reafirmaron las opiniones expresadas en el sentido de que consideran prioritario el incremento de personal especializado, la asignación de una ambulancia con tecnología de punta, equipos con los requerimientos necesarios para garantizar el proceso de transporte neonatal y la permanente capacitación del personal sobre todo en primer nivel y segundo nivel de atención con miras a que se pueda atender a los neonatos logrando disminuir la demanda hacia el hospital. Por último, se resalta la importancia de la coordinación entre unidades para una mayor efectividad en los procesos.

“Que exista, mejores equipos y una mejor coordinación de servicio a servicio que se va a hacer el transporte del bebé” QHGONA 21

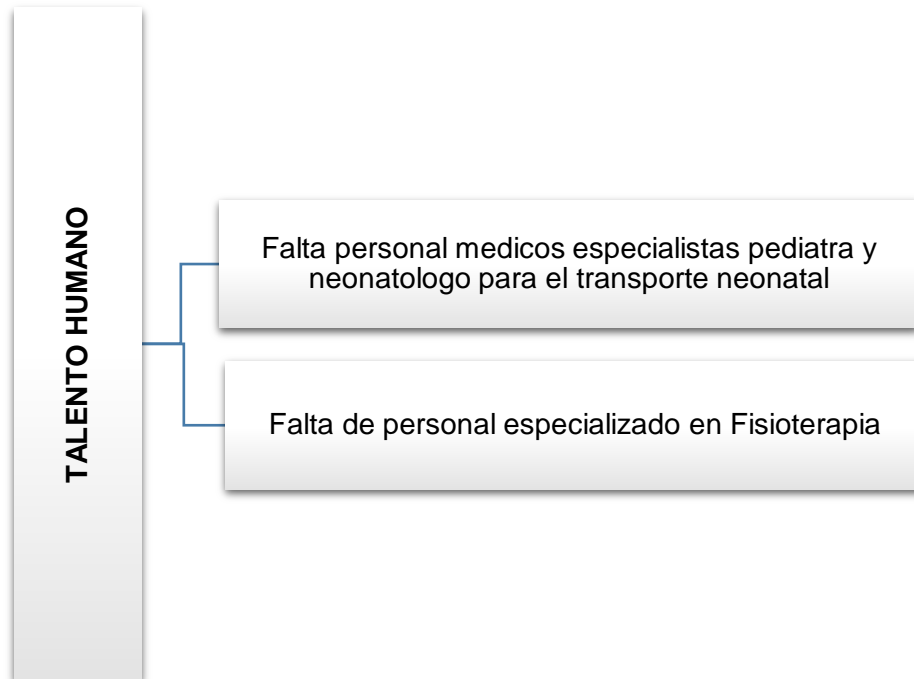
Una vez que ha sido presentado el análisis de las entrevistas llevadas a cabo en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, ha sido posible identificar las categorías emergentes y subcategorías en relación al funcionamiento actual del sistema de transporte neonatal en este centro de salud, identificando como categorías principales:

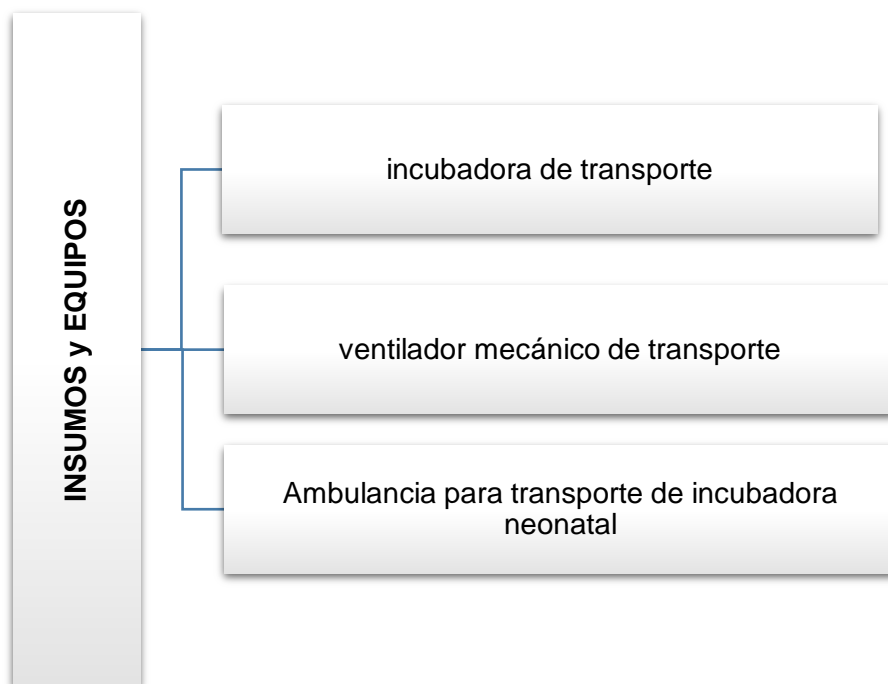
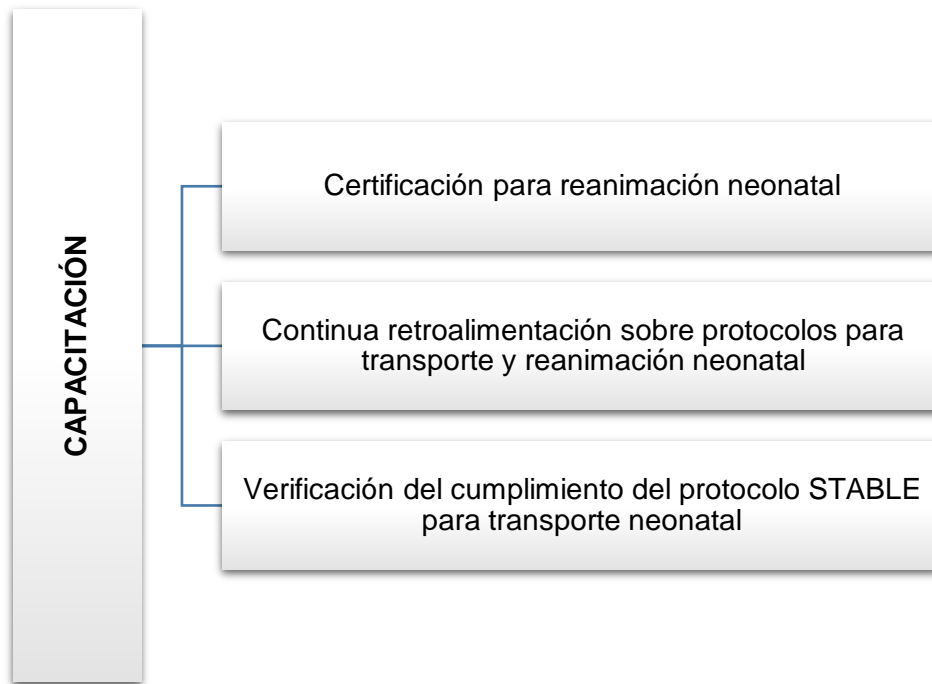
- Talento humano
- Capacitación
- Insumos y equipos.

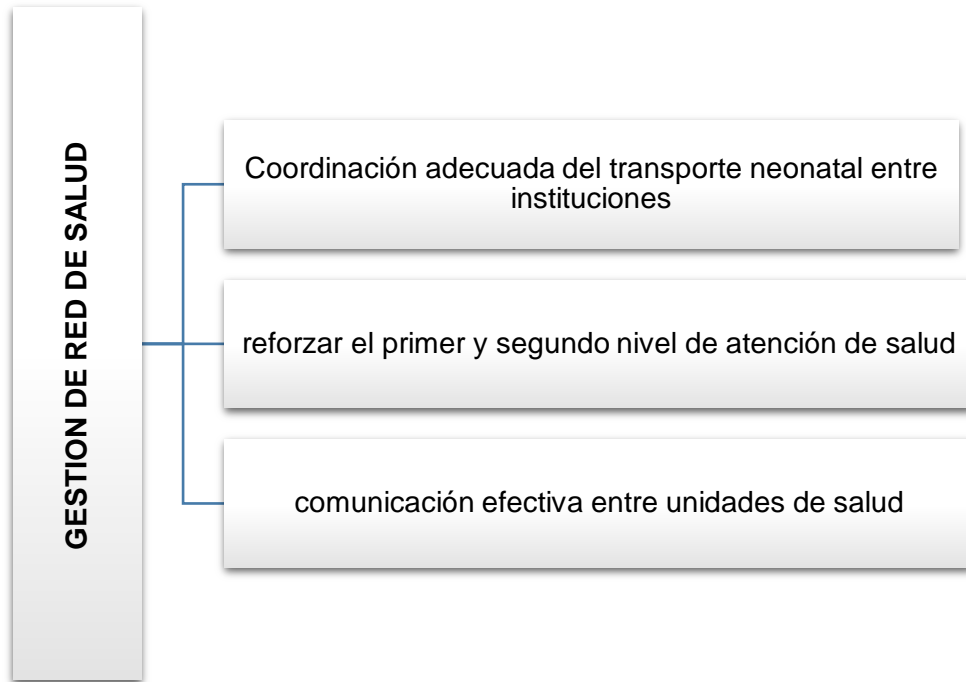
A su vez en cada categoría el personal del centro de salud ha identificado las principales necesidades que deben ser afrontadas para lograr mayores niveles de eficiencia. Se ha usado un diagrama para representar cada uno de los hallazgos señalados, los cuales son presentados en la figura 17.

Figura 17.

Categorías emergentes en relación con el funcionamiento actual del Sistema de transporte neonatal con base a la opinión de los entrevistados







Posterior a la realización de la codificación abierta mediante la realización de categorías y subcategorías se procede a realizar la codificación axial mediante la cual se aprecia el conocimiento por parte del personal en relación al conjunto de procesos necesarios para brindar un servicio óptimo en la transferencia de neonatos, así como el transporte.

El diagrama que se presenta a continuación recoge los principales hallazgos a partir de las entrevistas realizadas, teniendo en consideración que el personal cumple y conoce los protocolos de transportación de neonatos reflejado. Así lo reconoce el siguiente entrevistado:

“Los procesos se realizan a cabalidad se tiene se dispone de lo que es una cuna de transporte la cual tiene los aditamentos necesarios y los que siempre están disponibles para realizar un transporte de paciente para un examen o transferencia

y al momento en el tiempo que he trabajado se han cumplido todos y no ha faltado” QHGONA2D

A nivel de fallas principalmente se asocian a falta de equipos, insumos y unidades de transporte adecuadas, un aspecto que comparten los entrevistados es la limitada capacidad de atención ante la demanda de los servicios de los centros de 1er y 2do nivel al no contar con áreas y equipos.

“Con respecto a los paciente que nosotros recibimos la mayoría de parte de primero y segundo nivel vemos que no se están acatando a los protocolos en base al transporte neonatal que se estableció el protocolo STABLE, entonces eso especifica claramente que hay que mandar con un buen valor de glicemia bien transportado, asegurando a vía aérea , la temperatura si es que puede tener antes de llegar acá unos buenos accesos vasculares , entonces en la mayoría de los paciente que llegan a esta unidad llegan mal trasportados, hipertérmicos, hipoglucémicos en el lugar de que hayan necesitado intubar los paciente viene mal intubados entonces se pude decir que en la mayoría del manejo del primer nivel necesitan un refuerzo adecuado con el protocolo STABLE” QHGONA2D

En el diagrama puede apreciarse que las barreras que deben ser afrontadas, tienen que ver con el insuficiente personal de atención, la capacidad de atención la cual no cubre la demanda, la necesaria reposición de equipos de transferencia, así como las unidades de transporte con adecuados insumos y dispositivos tecnológicos que aseguren las condiciones del traslado de los pacientes.

“...particularmente lo digo por experiencia mía en que no se ha contado con la incubadora de trasporte porque está ocupado en otro neonato en ese momento se ocupa la cuna normal con la que hay niños que están en condiciones para pasarle entonces” QHGONA2A

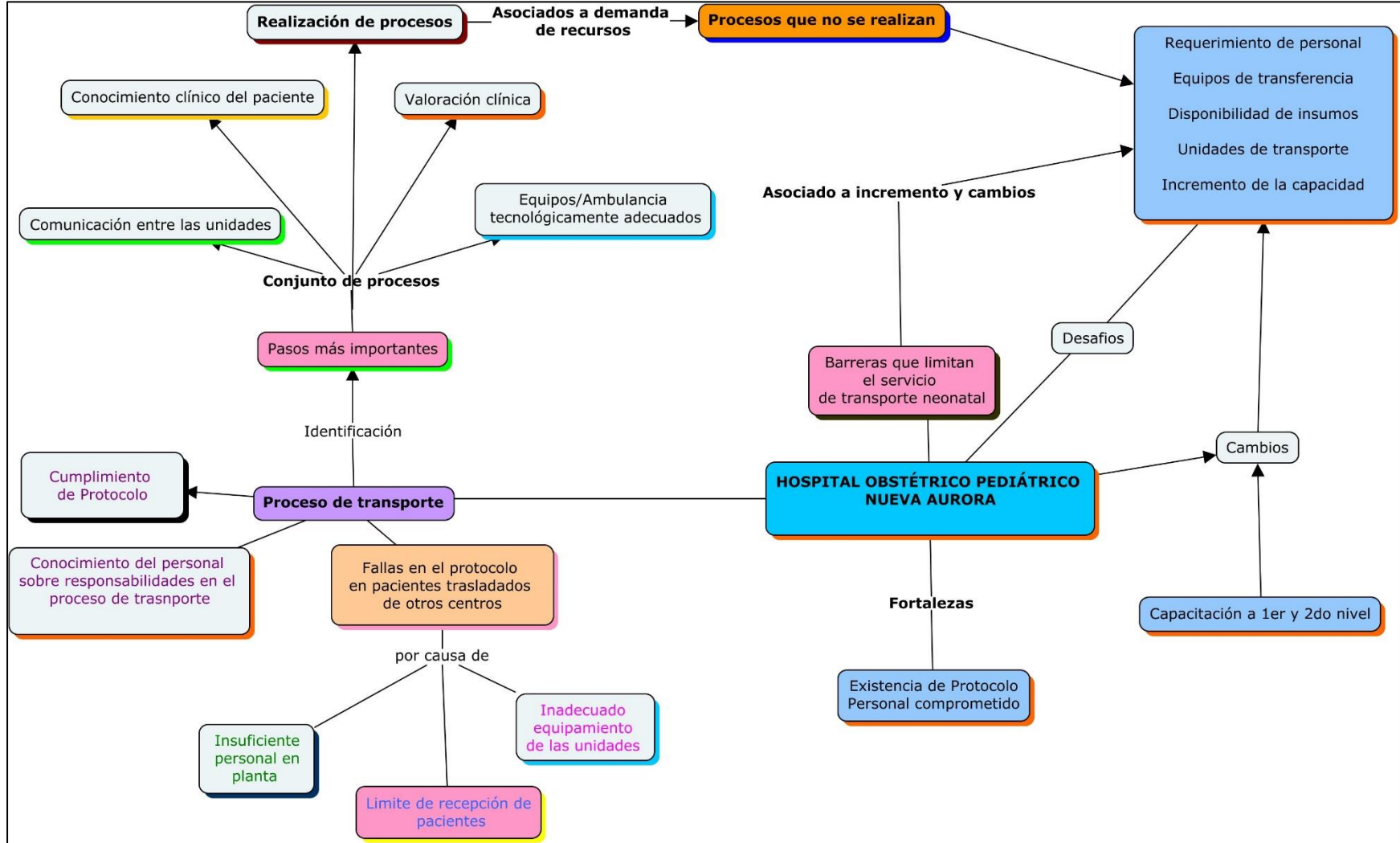
“En la parte de una transferencia hospitalaria que se envía a veces con un médico sería bueno que vaya un personal de enfermería, aunque también va acompañado de un fisioterapeuta que también es muy importante en la transferencia del niño, pero si sería bueno que vaya una persona más en caso de que el paciente se complique hemodinámicamente, pero por lo general siempre va acompañado del médico un fisioterapeuta” QHGONA1E

Por lo tanto, para el personal que se encuentra comprometido con sus labores en este centro médico es necesario mejorar la comunicación, la adecuación y la capacitación en todos los niveles de atención.

“sería la coordinación de los hospitales a donde se va a transferir al recién nacido, ese sería un facilitador y de ahí que haya todo lo necesario.” QHGONA2G

“Pienso que la coordinación de entre unidad y unidad, para poder tener un buen traslado del paciente, también cuestión de equipos tener lo necesario para poder que el paciente, tenga un trato de calidad.” QHGONA2H

Figura 18.
Codificación Axial Hospital Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora



4.2.3. HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA

Asignación de código de identificación de los participantes

Lugar: Hospital General José María Velasco Ibarra

Tabla 13.

Lista de participantes

CODIGO PARTICIPANTE	CARGO	TIEMPO LABORAL
THJMVI 1 ^a	Pediatra	9 meses
THJMVI 1B	Médico Residente	2 años
THJMVI 2C	Médico Residente	1 mes
THJMVI 2D	Interno obstetricia	1 año
THJMVI 1E	Médico residente	2 años
THJMVI 1F	Enfermera	21 meses
THJMVI 2G	Enfermera	9 años
THJMVI 1H	Enfermera	2 años
THJMVI 1I	Auxiliar de enfermería	7 años
THJMVI 1J	Médico residente	2 años

Los entrevistados identifican como falencias en el proceso de transporte la falta de disponibilidad de la ambulancia para el traslado, evidenciado en el siguiente testimonio:

*“Dificultad para transportar es el medio de transporte porque muchas veces no tenemos ambulancia o no se dispone” **THJMVI 1B***

Encuentran fallas en el proceso de referencia en relación con el transporte, el personal que acompaña en el traslado, los equipos y la dificultad que encuentran al momento de la recepción generalmente por retardo en el ingreso, así se evidencia en los siguientes testimonios.

*“El transporte es más o menos, no es totalmente bueno, ya que hay que hacer varios procesos para que se transporte a un neonato, los internos les toca viajar con los neos la mayoría de veces no tenemos la recepción por parte de un hospital, o sino piden unas cosas que no estaban previstas” **THJMVI 2D***

Los entrevistados consideran que el proceso de recepción es uno de los que se encuentran limitados bien sea por el trámite de documentos, o la carencia de espacio en el centro receptor como se muestra a continuación

*“Las referencias ha llegado a la ciudad de Quito donde más nos han receptado a los pacientes...sería mejorar la recepción del paciente en más lugares a veces solo nos aceptan en unos hospitales” **THJMVI 2C***

Es el proceso de transferencia y la disponibilidad de espacio en el centro uno de los pasos más importantes, sumado al proceso de recepción que no siempre sucede en un tiempo prudencial.

Consideran que es importante el conocimiento del diagnóstico clínico del paciente en el proceso de transferencia

*“Ósea el paso más importante es de trasladar los pacientes de forma oportuna y primer paso sería verificar el diagnóstico rápido, si es que necesitan el traslado para hacerlo dentro de lo que estaría adecuado y bueno pues la parte burocrática que no nos permite muchas veces realizar de forma rápida el traslado porque son muchos papeles, mucho trámite” **THJMVI 1B***

Evidencias que existen trámites que consideran burocráticos, los cuales pudieran ser simplificados

*“Yo creo que el proceso más importante es la recepción del paciente ya que muchas veces corremos, igual con el tiempo del paciente se realiza un sin número de papeleos hasta ver quien nos recibe hasta ver qué hospital nos recepta al paciente es un periodo de tiempo que se pasa bastante largo cuando podríamos inmediatamente la transferencia recepción del paciente” **THJMVI 2C***

*“El hospital de tercer nivel a veces sale en código rojo, el personal que le lleva al recién nacido crítico está en espera de un cupo allá en el hospital de tercer nivel incluso él bebé puede estar crítico, grave y a veces no se cuenta con ese cupo disponible entonces para mí, primero sería eso, el cupo y una vez que este estabilizado salga de este hospital de segundo nivel al de tercer nivel” **THJMVI 1E***

Consideran además la necesidad de contar con el personal especializado disponible para hacer el acompañamiento y un equipamiento en óptimas condiciones

El proceso de transferencia está directamente relacionado con la recepción y la historia del paciente evidenciado en la repetición de estas palabras. Se presenta las opiniones de los entrevistados con relación a este apartado

El personal reconoce una serie de pasos que se implementan para el proceso de transferencia los cuales son:

“Tenemos que tener un cupo” THJMVI 1F

“Una vez que nosotros decidamos el diagnóstico que se especifique la transferencia al tercer nivel nosotros tenemos que tener bien elaborado lo que es la historia clínica conjuntamente con la epicrisis” THJMVI 1E

“El recién nacido que tenga su hoja de inscripción, eso también es importante en algunos casos a veces como son prematuros es imposible realizarle y que los padres de familia le tengan inscrito” THJMVI 1E

“Al recién nacido también sería otro documento importante para la recepción es en la hoja de contra referencia son los datos de la cédula de identidad de los padres de familia en este caso quien esté a cargo del recién nacido

y todos esos documentos enviar a por el correo electrónico de transferencias al hospital de tercer nivel donde se va a receptor al recién nacido” THJMVI 1E

En relación al proceso que se sigue existen limitaciones a nivel de comunicación con la unidad receptora, carencia de personal, equipos y unidades de transporte ya que estas últimas son adaptadas:

“No se realiza ósea es una comunicación directa por decirle nos dan algún lugar que se va a trasladar no se nos facilita hablar con al tratante que nos va a recibir o con el equipo que nos va a recibir para más o menos la impresiones es muy poco lo que se puede poner en las hojas de referencia o en la epicrisis en realidad entonces hablar de médico a médico sería mucho mejor” THJMVI 1A

*“El personal que muchas veces la guardia se realiza con médico tratante y un residente de turno y si el residente o el tratante está con un paciente crítico también hay recepciones y muchas áreas que no podemos cubrir y también creo que la parte del número del personal...” **THJMVI 1B***

*“Manejamos en el hospital son pacientes, que por la lejanía mismo son súper lejanos al hospital entonces tratamos de ver la manera y donde nos recepcen al paciente y también la ubicación del mismo del paciente porque siempre se va con un familiar y a veces no tienen en donde mantenerle al familiar, bueno son varias cosas y cosas que influyen que han influido en esta pandemia también, pero sería bueno mejorar en todo sentido como en la recepción...” **THJMVI 2C***

*“Una historia clínica bien llenada, con los datos pertinentes, pero hay casos en los que una historia no van tan bien llenada, es cuando de pronto es un recién nacido prematuro, o que necesite transferirse urgentemente...” **THJMVI 1J***

Si bien existe un protocolo de actuación; limitaciones como la capacidad de recepción del centro de tercer nivel, la necesidad de personal, equipos y disponibilidad de transporte se suman en que el cumplimiento del protocolo no sea el más expedito. Para implementar los cambios necesarios esta situación se encuentra en manos de las autoridades y la asignación del respectivo presupuesto.

Amerita la existencia de un centro de recepción que se adecue a estas necesidades en la Amazonía ya que los riesgos en carretera por lluvia o deslave y la gran distancia es un factor que debe ser considerado.

El personal entrevistado plantea que es necesario que se implementen mecanismos de comunicación entre las unidades involucradas y el personal médico tratante ya que evidencian que no es lo suficientemente efectivo sobre todo en la recepción de los neonatos, lo que retrasa el ingreso.

“Yo creo que lo que se podría cambiar es ya que hubiera una forma más rápida de comunicarse para que exista un balance...podría disminuir el tiempo entre que el paciente viaje y sea recibido, y también disminuir el trámite en el número de documentos que solicitan” THJMVI 2D

Refieren además que anteriormente existía una oficina del Registro Civil en el hospital registrando a los neonatos, hoy en día no es así, por lo que deben recurrir a los padres que a veces no cuentan con los documentos, lo que retrasa el traslado.

“El hospital contaba con el registro civil, que era uno de los aportes para el recién nacido en cuanto a la transferencia, pero ahora por situaciones, creo que ya nos han quitado la oficina de inscripción y pues eso también nos ayuda para tramitar enseguida transferencia a los recién nacidos” THJMVI 1I

Los entrevistados consideran que es necesario incorporación de personal y de equipos, de forma tal, que se pudiera atender a los neonatos en determinadas patologías sin tener que derivarlos a Quito.

“Hay recién nacidos de acuerdo a la complejidad del diagnóstico que tenga el recién nacido hay ocasiones que no se realizan estudios de imagen y en ese caso sería de implementar equipos nuevos de imagen...” THJMVI 1E

“No tenemos el médico cardiólogo permanentemente y por eso a veces no es posible realizarle un electrocardiograma que sería importante, en caso de que exista una cardiopatía severa del recién nacido que es algo importante para la atención oportuna del recién nacido” THJMVI 1E

*“Bueno en ese caso sería la, dependiendo de la disponibilidad que haya, algunos exámenes no van hechos de aquí, porque dependiendo, si ya le activan la red entonces, hay disponibilidad de camas en los hospitales de tercer nivel entonces una vez que haya disponibilidad se hacen los documentos para ya poderle enviar al bebito allá y que nos hagan la recepción, entonces algunos exámenes irían incompletos” **THJMVI 2G***

El apoyo de la familia se ve restringido para trasladarse con los neonatos bien sea por recursos económicos, o no contar con familia o conocidos en el centro de recepción. En el centro hospitalario se brinda ayuda a los acompañantes de los neonatos en alimentación y pernocta lo que ha posibilitado que un familiar que generalmente es la madre permanezca cerca del infante, de lo contrario en ocasiones los dejan y se regresan a sus hogares.

*“...entonces les invito a conocer que son personas que pueden estar a doce horas que se yo en carro o en canoa otras horas más entonces es un poquito especial esta área incluso el hospital para que ustedes se enteren brinda alimentación y vivienda a las madres y muchas unidades de tercer nivel ustedes conocen en Quito duermen afuera en un cartoncito” **THJMVI 1B***

El traslado por vía terrestre es una de las barreras identificadas producto de la existencia de deslizamientos que pueden retrasar la movilidad del paciente al igual que es un riesgo presente para el personal que acompaña el traslado.

“La vía es pésima por ejemplo para Quito súper peligroso movilizarse entonces si saliera de emergencia y la vía estuviera cerrada es súper complicado y el paciente capaz fallezca en el camino” **THJMVI 1A**

Así como se ha evidenciado en apartados anteriores existe un consenso en los entrevistados relacionado con la necesidad de incorporar personal especializado al servicio de neonatología, para que en los traslados el neonato este asistido por estos.

“...más de dos personas que se encarguen de ese recién nacido eso va a mejorar la calidad de reanimación las medidas y el soporte que vamos a dar a ese bebé” **THJMVI 1B**

“La parte del personal médico que en algunas ocasiones a veces por la demanda del recién nacidos que a veces se presentan a veces en hospitalización a veces no contamos con un personal médico capacitado que vaya con el recién nacido prematuro crítico y otro médico que pueda quedarse aquí en hospitalización” **THJMVI 1E**

Equipos e insumos y su disponibilidad es otra de las barreras identificadas por los entrevistados, como se muestra en el siguiente fragmento.

“Bueno yo considero que, en ocasiones, ha existido la falta de insumos para poder realizar un, estabilizar al recién nacido y realizar la transferencia” **THJMVI 1I**

“... momento en el que nosotros estemos llevándole al recién nacido en la ambulancia nosotros no contamos con el equipo necesario para poderle ventilar al recién nacido, en este caso no se no podemos llevarle con el ventilador mecánico o no podamos contar con un CPAP que vaya en la ambulancia junto con el recién nacido” **THJMVI 1E**

La distancia en la Amazonía donde se agrupa la población hasta el centro de salud son distantes, para trasladarse al centro médico puede ser usada la vía terrestre y también fluvial, esta situación es una barrera para que junto al ingreso del neonato también se tenga la presencia cercana de un familiar, sin embargo, esto no necesariamente ocurre, ya que incluso algunos padres de familia se niegan a firmar el consentimiento y se retiran dejando al neonato en la unidad. Así se recoge esta percepción de barrera en el siguiente fragmento.

“Nuestros pacientes son de comunidades súper adentro entonces ellos irse a otro lugar que ni siquiera conocen, si ni siquiera conocen acá en el Tena es complicado, pero irse a otra ciudad entonces eso es un desafío en realidad trasladar al paciente con el familiar muchas de las veces no lo quieren hacer y de hecho no nos firman ni siquiera nos traen los documentos” THJMVI 1A

“Otro inconveniente es el de las mamás o de los familiares, por lo general hospitales cercanos a nuestras provincias no tenemos, siempre es Quito, Ambato incluso Guayaquil, entonces las mamitas que son de aquí, ellas muchas veces no quieren que se les transfiera a sus bebés pese a que estén graves y o se les explica, es porque ellas al ir a la otra ciudad no conoce, están solas y muchas veces no tienen ni familiares” THJMVI 1J

Una barrera identificada es la comunicación entre los pobladores y el personal del centro de salud, ya que al ser una población mayoritariamente indígena tienen otras lenguas diferentes el castellano, y el personal de salud no puede comunicarse al no conocer las lenguas o no existir un traductor en el centro. Esto dificulta las explicaciones en torno al cuadro que presente el neonato.

“La barrera que tenemos aquí es el paciente, porque muchas veces ellos ni siquiera hablan en español. La mayor parte de la población es indígena y no entienden las palabras algunos de ellos hablan español, pero no entienden lo que le estoy diciendo, la barrera del idioma nos dificulta...” THJMVI 1B

Las palabras recurrentes enuncian los cambios que consideran los entrevistados deben ser implementados, entre las cuales destaca el incremento en la capacidad de recepción en el centro de tercer nivel, establecer mecanismos de comunicación entre las unidades a nivel del personal que recibe el neonato y la unidad junto al personal que realiza el transporte, además de incrementar el número de especialistas en el centro hospitalario.

La activación del Registro Civil en el hospital para el registro de los neonatos y la creación de una base de datos para registro es una alternativa considerada por el personal, expresado en el siguiente fragmento:

“Inscribirle de una vez al bebé nos facilitaría mucho en esto de los documentos, no solicitarles a los papás que ellos se acerquen a inscribirles o lo hagan ...ya con este registro que se ingresa a una base de datos o algo para disminuir el papeleo”

THJMVI 1A

Establecer mecanismos que mejoren la comunicación entre los centros de salud involucrados en el transporte y recepción de un paciente es una de las opiniones compartida por los entrevistados tal y como se refleja en los siguientes fragmentos:

“Que se cree un sistema que se maneje de manera digital, online en donde pueda haber una comunicación tanto del hospital del que va a salir el paciente como quien nos vaya a receptor al paciente entonces de esa manera ambos hospitales estén enterados”

THJMVI 2C

“Aumentar la comunicación entre tratante y tratante e informar que tiene cada paciente eso ayudaría mucho y no estar haciendo tanto papeleo sino comunicarse”

THJMVI 2D

En cuanto a insumos y equipos los entrevistados hacen referencia a que con un adecuado funcionamiento de la Red Pública y protocolos en cada institución las falencias que se presenta pueden ser superadas ofreciendo una mejor atención a la población esto pasa por suplir oportunamente de insumos y equipos, incorporar profesionales con base a la demanda de la población, construir hospitales de tercer nivel en las regiones distantes a Quito, Ambato o Guayaquil y ampliar la capacidad de los existente considerando el crecimiento de la población.

En el área de insumos y equipos los entrevistados manifestaron:

“Funcionar adecuadamente lo que es la red de salud pública, para una adecuada recepción y luego le competaría acá a la institución hacer una buena elaboración por ejemplo en esto sería los documentos de transferencia y tener todo el equipamiento adecuado para realizarla” THJMVI 1F

“Nosotros queremos dar algún medicamento o algún fortificante que le quisiéramos dar a esa leche aquí en el Tena no hay todo, tenemos que pedir tenemos que traer de Quito, muchas veces ni siquiera los familiares sino de nuestro dinero que se hace una recolección que se hace para dar...” THJMVI 1B

“Contar con el personal capacitado y adiestrado para el recién nacido” THJMVI 1E

Como desafíos los entrevistados identifican los siguientes:

“Infraestructura de las vías...el arreglar eso no solo ayudaría a nuestros traslados sino a nuestra población en general” **THJMVI 1A**

Nueva modalidad de atención a través de plataformas tecnológicas brindando telemedicina

“Consulta externa una valoración que se yo, vía Zoom o vía al paciente o por ejemplo esta valoración de neurocirugía que nos hacía falta hubiera sido bueno que nos dieran consulta externa o algo así pero ya viéndole al paciente para enviarle a casa con alguna cita o algo” **THJMVI 1A**

Garantizar el presupuesto público para el funcionamiento de los servicios de salud tal y como se refleja en el siguiente fragmento:

“Economía más que todos porque más muchas veces no se tiene todos los recursos...ni tampoco todos los insumos que son necesarios para que trabajen todos los doctores” **THJMVI 2D**

“Implementar aquí lo que son los, los materiales o equipos para poder evitar transferir a los recién nacidos, implementar equipos, igual al personal de salud que sean ya capacitados para esa área mismo y contar igual con, como decía con el personal, con los equipos para poder evitar las transferencias y poder sacar aquí a los niños” **THJMVI 2G**

En cuanto a las fortalezas reconocen el trabajo y comunicación que lleva adelante el personal tanto medico como de enfermería:

*“Lo más importante que he visto es que el grupo de neonatología es un grupo, es una comunidad siempre se han formado por todo el personal médico, de enfermería siempre tratando de comunicarnos de manera oportuna y adecuada de cada paciente, hemos tratado de manearnos así de esa manera” **THJMVI 2C***

A partir de la identificación de categorías y siguiendo los pasos de la teoría fundamentada se procede a realizar la codificación abierta asociando las subcategorías encontradas en las entrevistas y grupo focal realizadas al personal del Hospital General José María Velasco Ibarra.

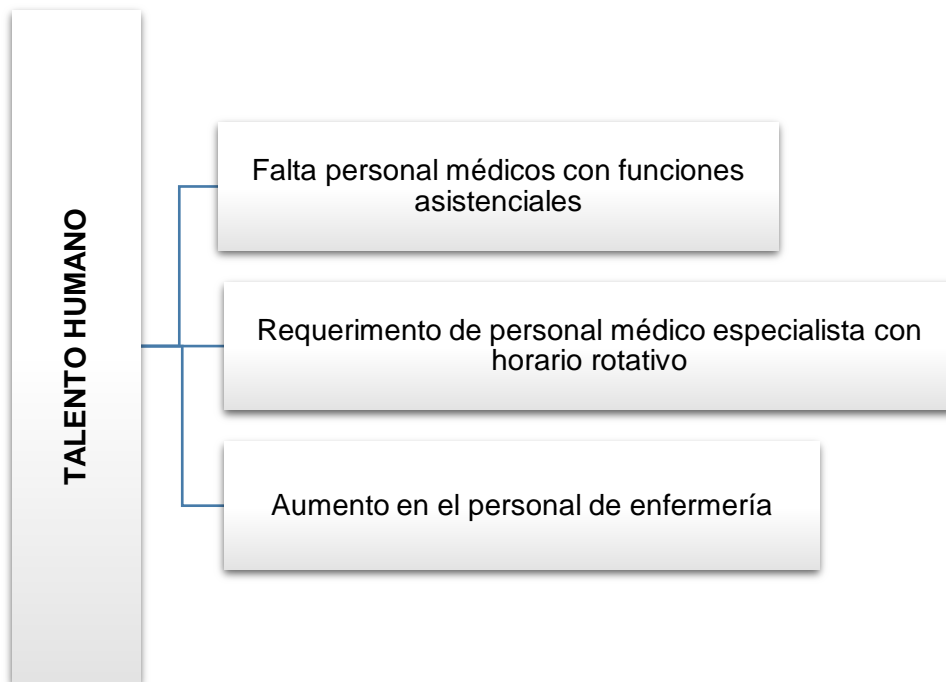
Se identificó como categorías principales:

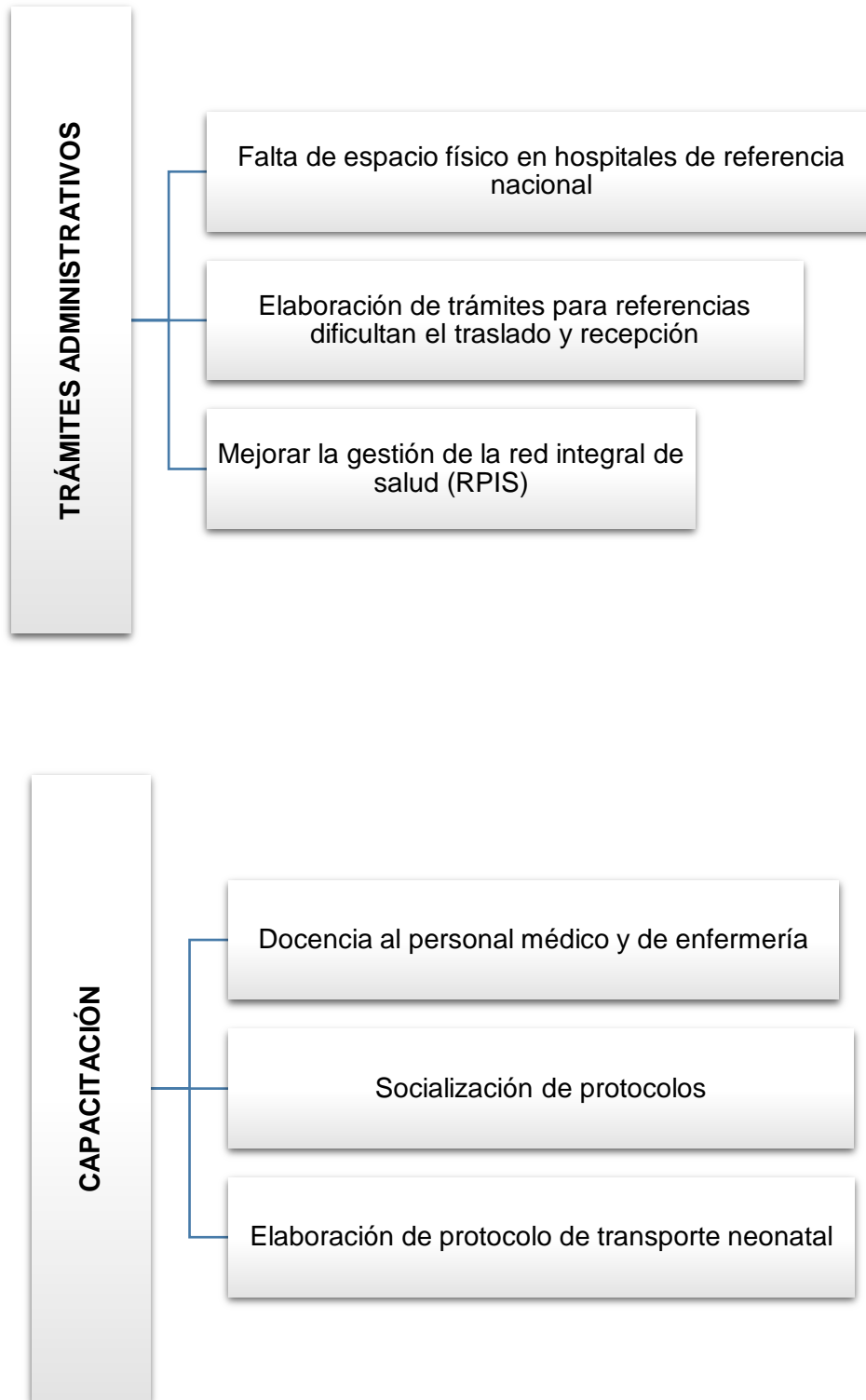
- Talento humano
- Trámites administrativos
- Capacitación
- Equipo e insumos

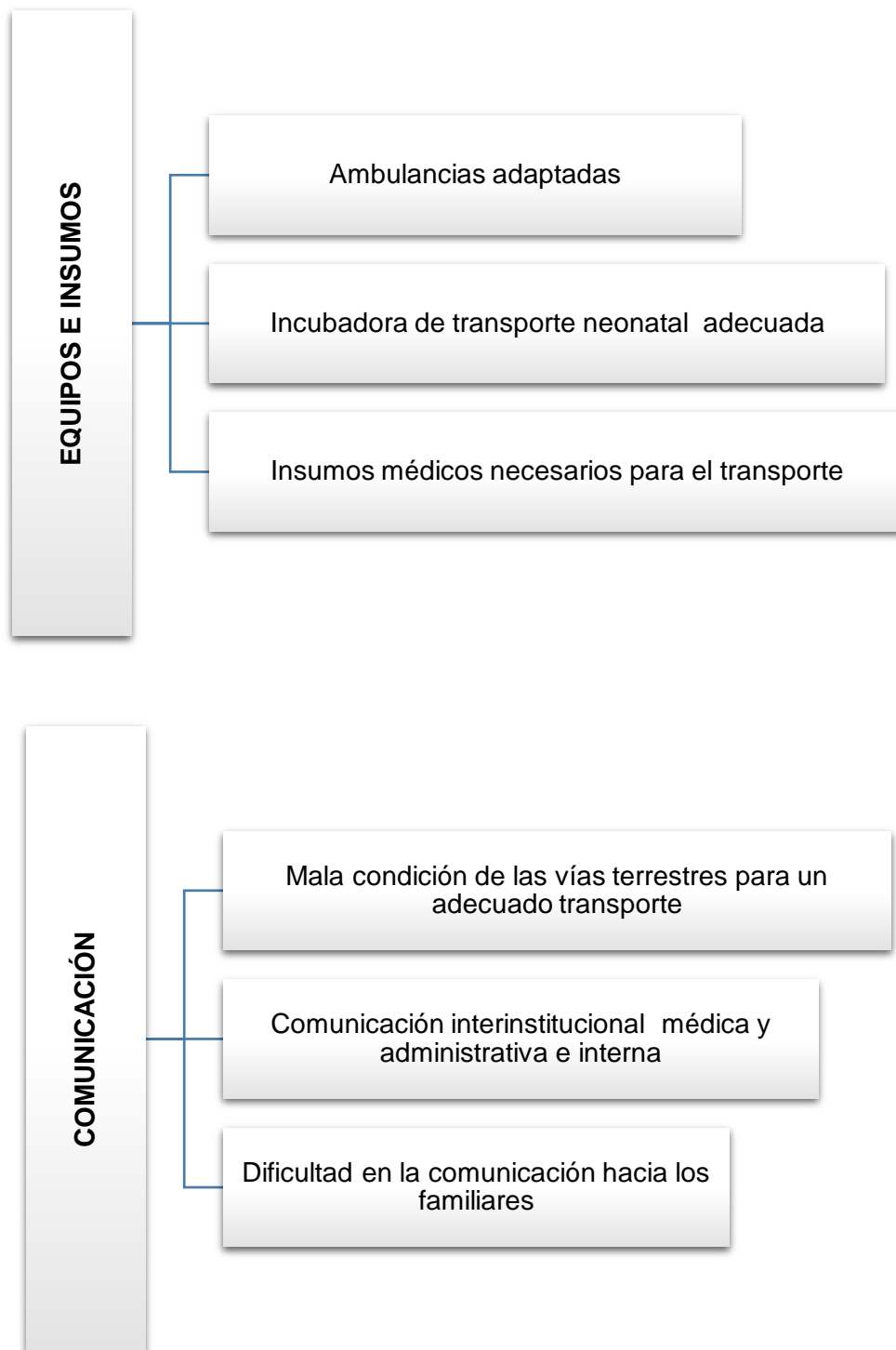
Se destacó en cada una, las principales demandas y requerimientos que el personal consideró debe ser abordado a fin de que exista una gestión eficiente en lo relacionado con el transporte neonatal. En la figura 26 se presenta el diagrama de las categorías principales relacionadas con el funcionamiento actual del sistema de transporte neonatal en este centro médico.

Figura 26.

Categorías emergentes en relación con el funcionamiento actual del Sistema de transporte neonatal con base a la opinión de los entrevistados







Posterior a la realización de la codificación abierta mediante la realización de categorías y subcategorías se procede a realizar la codificación axial.

Se aprecia como en el caso del Hospital José María Velasco Ibarra, a nivel del proceso de transporte, el personal reconoce los procedimientos y al mismo tiempo identifican las fallas que presenta en la actualidad, asociadas sobre todo a reposición de los equipos, suministro de insumos, unidades de transporte adecuadas, y deficiencia en el número de personal especialista. Como se muestra a continuación:

“Ha habido muchos inconvenientes aquí por ser una región amazónica, por cuanto ha habido neonatos que han nacido en casa o en la calle, entonces en ese sentido ha habido un poco de dificultad ingresar directamente para en el hospital, y de igual forma realizar una transferencia a un hospital de tercer nivel” THJMV11

“El hospital supuestamente abrió UCIN, pero realmente no contamos con lo necesario para su funcionamiento no tenemos los medios en vista de eso se ve la necesidad de canalizar para tratar de mejorar la transferencia” THJMV1B

También el diagrama sintetiza las barreras que afronta el personal en el día a día como los riesgos en los traslados por las condiciones de las vías y deslaves, la falta de recursos de los familiares para acompañar a los neonatos en los traslados a otros centros e incluso trasladarlos desde sus lugares de habitación al centro hospitalario. Dos aspectos que tiene que ver con el funcionamiento de los niveles de atención y se convierten también en barreras se relaciona con la dificultad de comunicación entre la unidad de traslado y la unidad receptora, y los excesivos trámites que los entrevistados consideran burocráticos. Reflejado en los siguientes fragmentos:

“...cambiar la manera de todo el proceso más que todo porque siempre nos realizan hasta un montón de problemas es o no bien manejado el paciente eh

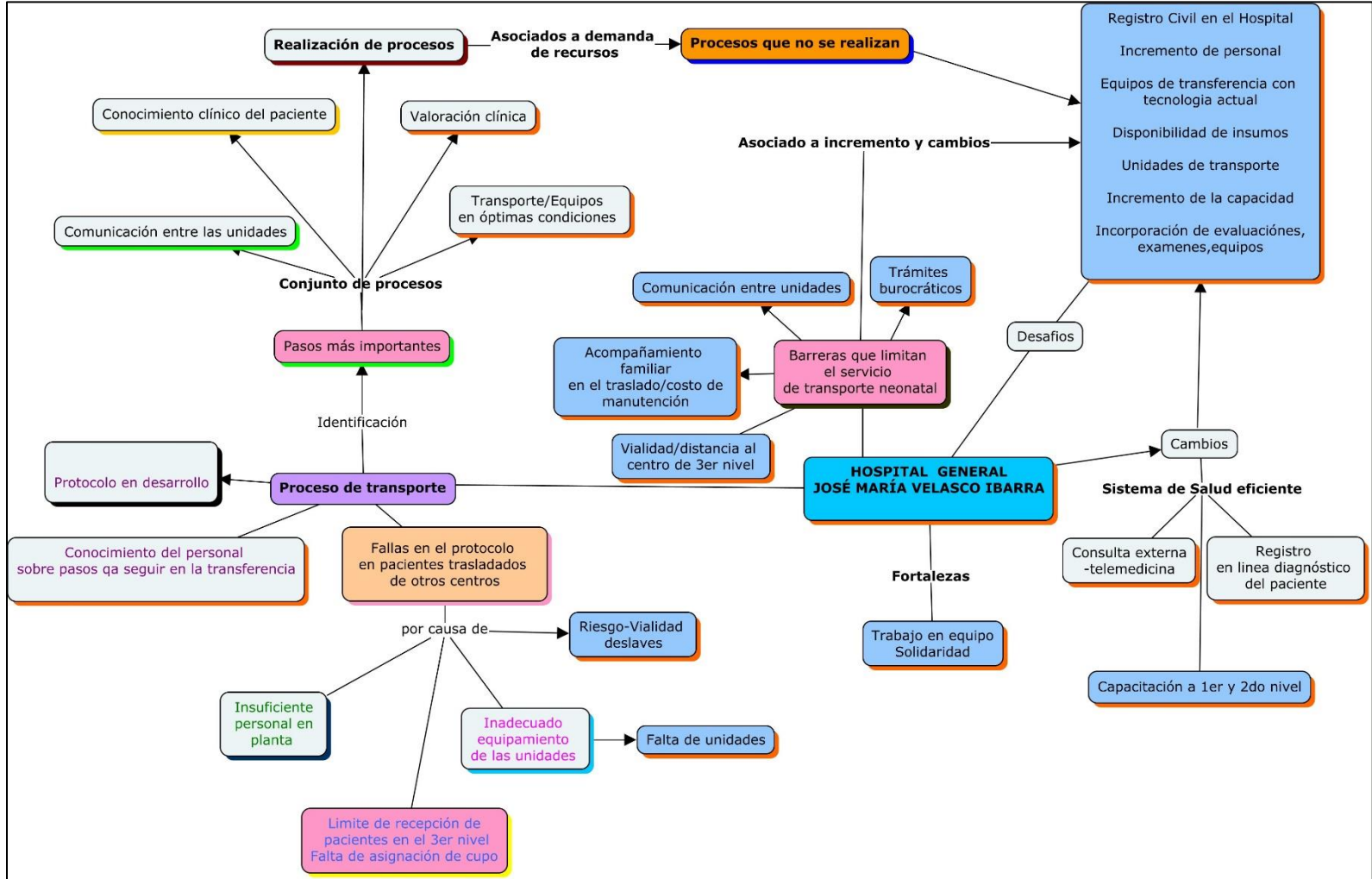
*igual los pacientes que más que todo manejamos en el hospital son paciente que por la lejanía al hospital entonces tratamos de ver la manera y donde nos receipten al paciente y también la ubicación del mismo del paciente porque siempre se va con un familiar y a veces no tienen en donde mantenerle al familiar” **THJMV 2C***

*“...la vía es pésima por ejemplo para Quito súper peligroso movilizarse entonces si saliera de emergencia y la vía estuviera cerrada es súper complicado y el paciente capaz fallezca en el camino” **THJMV1A***

Por último, se recoge los desafíos y cambio que están relacionados con suplir las deficiencias y fomentar procesos de capacitación en el personal, además de la innovación que apunte a sistemas de comunicación con un mayor componente tecnológico. Sintetizado en el siguiente fragmento de uno de los entrevistados:

“Implementar aquí los materiales o equipos para poder evitar transferir a los recién nacidos, implementar equipos, igual al personal de salud que sean ya capacitados para esa área mismo y contar igual con, como decía con el personal, con los equipos para poder evitar las transferencias y poder sacar aquí a los niños”
THJMV2G

Figura 27.
Codificación Axial Hospital José María Velasco Ibarra



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este estudio se evidenció que en el año 2015 hubo un total de 2 615 transferencias neonatales, apenas unas 206 transferencias menos que en el año anterior de acuerdo con los registros del INEC (2014).

El 43.33% de todas las transferencias neonatales del 2015 correspondieron a la zona de Pichincha, Napo y Orellana, en concordancia, los autores Domínguez-Sampedro, (2014) señalan que las transferencias se realizan desde lugares que no poseen los medios para una atención óptima hacia instituciones provistos de recursos necesarios para la atención adecuada de un neonato.

De manera específica, las provincias y distritos que realizaron el mayor número de referencias durante el año 2015 fueron Napo, seguida por Distrito Metropolitano de Quito y Guayaquil, en conjunto las tres provincias representan el 52% del total de las referencias a nivel nacional, en este sentido, Ribadeneira-Orti & Cañaverl-Caizaluisa, (2017), demostró el deterioro significativo de los signos vitales de los neonatos posterior a una transferencia, por lo que el gran auge de transferencias puede aumentar este riesgo.

El centro de Salud Satelital, correspondiente a la provincia de Napo, ciudad de Tena fue la unidad médica con mayor número de transferencias, registrando el 47% del total, por lo que Napo es la provincia principal para realizar transferencias. Según las afirmaciones de Iglesias & López, (2006), Haynes et al., (2020) el éxito de un adecuado traslado neonatal radica en no solo contar con un equipo médico capacitado, tecnología apropiada sino también, de ser reglado y de distribución equitativa.

El primer nivel de atención son los que realizan más números de referencias a centros de mayor complejidad, corresponde al 47.3 %, seguido de segundo nivel de atención como (Hospital básico y general), con el 46.7%. Las clínicas realizaron 2 transferencias que es menos del 1% del total referido, lo cual coincide con la afirmación de Domínguez-Sampedro, (2014), que hace mención de la poca capacidad de resolución que presentan estos niveles.

El sitio que recibe mayores transferencias es el segundo nivel de atención, correspondiente al Hospital General. A su vez se evidencia que el Hospital de Especialidades realiza referencia inversa a hospitales de menor nivel de atención, lo que concuerda con lo referido por los investigadores Tanya & Mancilla, (2019) y Aguinaga, (2019), quienes con base a sus estudios, señalan que en el Ecuador no se cuenta con datos estadísticos acerca de las complicaciones o fallecimientos neonatales que se producen por el transporte neonatal cuanto estos pacientes ameritan un traslado de un centro de menor a mayor complejidad y viceversa.

Al realizar entrevistas al personal que participa en el procedimiento del traslado de neonatos, se pudo establecer desde sus propios protagonistas una visión más cercana de la situación que se presenta en Ecuador, lo que permitió evidenciar que los participantes de la investigación afirman que el traslado de neonatos en Ecuador tiene falencias en diversos aspectos, tales como falta de protocolos, en ocasiones no disponen ambulancias adecuadas, insumos básicos como incubadoras, falla el control de temperatura y oxígeno tal y como se aprecia en el siguiente apartado:

“Funcionar adecuadamente lo que es la red de salud pública, para una adecuada recepción y luego le competiría acá a la institución hacer una buena elaboración por ejemplo en esto sería los documentos de transferencia y tener todo el equipamiento adecuado para realizarla” THJMVI 1F

“Bueno yo considero que, en ocasiones, ha existido la falta de insumos para poder realizar un, estabilizar al recién nacido y realizar la transferencia” THJMVI 1I

...que no hay el presupuesto para realizar el arreglo de la ambulancia obviamente mejorar el área de transporte que como bien decían otro tipo de transporte no sea específicamente la ambulancia sino por vía aérea...” THJMVI 2C

Estos aspectos son señalados por Caro Cassali et al., (1998) como elementos fundamentales para lograr un traslado exitoso y sin riesgos.

Por su parte la Dirección Nacional de Atención Prehospitalario y Unidades Móviles de Salud, (2015), ha priorizado la dotación de ambulancias para reemplazar

la flota preexistente donde algunas unidades no son adecuadas para realizar traslados, no se encuentran equipadas o presentaban fallas mecánicas.

Otro aspecto mencionado por los participantes hace alusión que en ocasiones, durante el traslado no acude el médico o personal responsable, otros señalan que existen fallas en la capacitación del personal, coordinación y comunicación entre las instituciones, tal y como se aprecia a continuación:

“La parte del personal médico que en algunas ocasiones a veces por la demanda del recién nacidos que a veces se presentan a veces en hospitalización a veces no contamos con un personal médico capacitado que vaya con el recién nacido prematuro crítico y otro médico que pueda quedarse aquí en hospitalización”
THJMVI 1E

“Yo creo que lo que se podría cambiar es ya que hubiera una forma más rápida de comunicarse para que exista un balance...podría disminuir el tiempo entre que el paciente viaje y sea recibido, y también disminuir el trámite en el número de documentos que solicitan” **THJMVI 2D**

“Pienso que la coordinación de entre unidad y unidad, para poder tener un buen traslado del paciente, también cuestión de equipos tener lo necesario para poder que el paciente, tenga un trato de calidad.” **QHGONA2H**

“Capacitación continua a toda la personal enfermería, médicos residentes, pediatría, incluso auxiliares para que estén correctamente... tengan una buena capacitación en cuanto al transporte” **QHGONA 1C**

Estos aspectos han sido señalados por diversos autores como Iglesias & López, (2006), Haynes et al., (2020) y Esqué Ruiz et al., (2001), como prioritarios para garantizar la vida del paciente trasladado y disminuir los retrasos.

Existen trámites burocráticos en cuanto a tiempos de espera para aceptar el neonato en el centro receptor o los padres no cuentan con los documentos de identificación del niño, los cuales son solicitados por los médicos de las instituciones hacia donde son trasladados y el no contar con los mismos representa serios inconvenientes para su aceptación; otro aspecto señalado enfáticamente es el mal estado de las vías y poca capacidad resolutive de los hospitales, evidenciado en los siguientes testimonios:

“Yo creo que el proceso más importante es la recepción del paciente ya que muchas veces corremos, igual con el tiempo del paciente se realiza un sin número de papeleos hasta ver quien nos recibe hasta ver qué hospital nos recepta al paciente es un periodo de tiempo que se pasa bastante largo cuando podríamos inmediatamente la transferencia recepción del paciente” THJMVI 2C

“El recién nacido que tenga su hoja de inscripción, eso también es importante en algunos casos a veces como son prematuros es imposible realizarle y que los padres de familia le tengan inscrito” THJMVI 1E

“Infraestructura de las vías...el arreglar eso no solo ayudaría a nuestros traslados sino a nuestra población en general” THJMVI 1A

Todos son aspectos que Azuero et al., (2010), Ohning & Rosenkrantz, (2015), Yaiza Alonso Villarroel, Alba Acevedo Pozo, M^a Cruz Villarroel Modrón, (2019), Alberto Schwarcz, (2003), refieren como elementos básicos para un traslado neonatal adecuado y con ello disminuir la morbimortalidad que se agrega cuando los protocolos de transferencias no se cumplen.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- El transporte neonatal en el Ecuador tiene redes mal definidas con circunscripciones territoriales mal demarcadas y muy amplias en términos de distancia y tiempo de transporte. Muchas de esas redes se encuentran mal comunicadas y tienen importantes superposiciones sin un ente coordinador. Se evidencia además que existe una falta de coordinación en procesos comunicacionales, una falta de lenguaje uniforme en el proceso de activación de la red para transferencia neonatal e importante déficit de insumos y personal.
- Se realizaron un total de 2 615 transferencias en el año 2015, de estas el 43.33 % correspondieron a Pichincha, Napo y Orellana
- Napo fue la provincia principal con mayor frecuencia para realizar transferencias.
- El primer nivel de atención son los centros que realizan mayor número de referencias dirigidas a las instituciones de mayor complejidad y del nivel de atención básico y general.

- Los Distritos Metropolitano Guayaquil y Metropolitano de Quito son los que reciben pacientes para el tercer nivel de atención.
- El sitio que recibe mayores transferencias es el segundo nivel de atención, correspondieren al Hospital General. A su vez se evidencia que el Hospital de Especialidades, realizan referencia inversa a hospitales de menor nivel de atención.
- Según los participantes de la investigación el traslado de neonatos en Ecuador tiene falencias en aspectos fundamentales para que esta actividad no sea un factor que contribuya a aumentar la morbimortalidad de los neonatos, tales como falta de protocolos, en ocasiones no disponen ambulancias adecuadas, de insumos básicos como incubadoras, control de temperatura y oxígeno, adicional no acude el médico o personal responsable, falta mayor capacitación del personal, coordinación y comunicación entre las instituciones.
- Existen trámites burocráticos como tiempos de espera para la recepción del neonato en el hospital de tercer nivel, mal estado de las vías y poca capacidad resolutive de los hospitales, elementos básicos para un traslado neonatal adecuado que retardan la recepción y el ingreso del neonato en el hospital de tercer nivel.
- Cabe mencionar que la investigación realizada al tener un enfoque fenomenológico, se debe entender que identifica el fenómeno en su forma natural, es decir es focal y temporal a la situación actual del Ecuador en los hospitales entrevistados.

6.2. RECOMENDACIONES

- Evaluar las condiciones de centros de salud y hospitales que realizan transferencias a neonatos para verificar las razones por las cuales estas se encuentran elevadas.
- Aumentar los insumos y capacidad resolutive de los centros de atención para disminuir el número de transferencias.
- Incrementar la dotación de insumos, ambulancias y capacitación de personal que realiza los traslados.
- Revisar los trámites de transferencias entre hospitales para disminuir los trámites burocráticos.
- Mejorar la viabilidad hacia los centros de tercer nivel para disminuir el riesgo de accidentes durante los traslados y permitir una mayor accesibilidad.
- Perfeccionar la capacidad resolutive de los hospitales receptores de las transferencias de neonatos.
- Construir e implementar a nivel nacional el *“Protocolo de transporte del neonato en estado crítico”* para mejorar la evaluación de los neonatos al momento de la transferencia y durante la misma. Mismo que debe incorporar respuestas a todos los ámbitos del transporte, incluidos elementos técnico-clínicos y logísticos.
- Mantener una revisión constante de los factores que interfieren para lograr un traslado neonatal óptimo, a través de investigaciones que incluya la

participación activa de todas las personas involucradas en estos procedimientos: personal de salud, personal administrativo de los centros asistenciales, choferes, pilotos, y familiares de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguinaga, F. (2019). *Condiciones hemodinámicas y complicaciones asociadas al transporte neonatal de pacientes transferidos a la neonatología del Hospital de los Valles, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017, y propuesta de protocolo de transporte neonatal.*
- Alberto Schwarcz. (2003). *regionalizacion de la atencion perinatal* (Issue 1, pp. 6–8). <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
- Austin, A., Langer, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014). Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: An overview of the evidence. *Reproductive Health*, 11(Suppl 2), S1. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S1>
- Azuero, K. B. B., Domínguez, P., & Calvo, C. (2010). Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. *Revista Espanola de Pediatria*, 66(1), 18–29.
- Brandstrup, K. B., García, M., Abecasis, F., Daussac, E., & Millán, N. (2016). Transporte interhospitalario especializado neonatal y pediátrico . Gestión de recursos . Protocolo de activación de una unidad especializada. *Revista Española Pediatria*, 72(Supl. 1), 3–8. <http://n.secip.com/wp-content/uploads/2018/05/Transporte-interhospitalario-especializado-neonatal-y-pediatrico-Dr-Brandstrup.pdf>
- Canadian Paediatric Society. (2012). *ACoRN: Acute Care of at-Risk Newborns* (1st

edn).

Caro Cassali, M., Alfaro Briansó, B., & Salas, D. (1998). Transporte neonatal en Costa Rica. *Acta Pediátr. Costarric*, 12(1), 15–20.

Chang Campos, C. J. (2018). Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(4), 452.
<https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

Darmstadt, G. L., Bhutta, Z. A., Cousens, S., Adam, T., Walker, N., & De Bernis, L. (2005). Evidence-based, cost-effective interventions: How many newborn babies can we save? *Lancet*, 365(9463), 977–988.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71088-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71088-6)

Dirección nacional de atención prehospitalario y unidades móviles de salud. (2015). *MICROPLANIFICACIÓN TRANSPORTE SECUDARIO 26 de enero de 2015*.
 11. [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Ayuda memoria - Transporte secundario \(OE\) \(1\)\(1\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/Ayuda memoria - Transporte secundario (OE) (1)(1).pdf)

Domínguez-Sampedro, P. (2014). Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. *Anales de Pediatría*, 81(4), 203–204.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.08.001>

Easley, D., & Kleinberg, J. (2010). *Networks, Crowds, and Markets: Reasoning about a Highly Connected World*.

Espinosa, C., Yáñez, E., Carrillo, R., & Jara, E. (2015). Sepsis Neonatal Guia De Practica Clínica. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Esqué Ruiz, M. T., Figueras Aloy, J., García Alix, A., Alomar Ribes, A., Blanco Bravo, J. R., & Fernández Lorenzo, J. R. (2001). Recomendaciones para el transporte perinatal. *Anales de Pediatría*, 55(2), 146–153. [https://doi.org/10.1016/s1695-4033\(01\)77651-5](https://doi.org/10.1016/s1695-4033(01)77651-5)
- Haynes, S. C., Dharmar, M., Hill, B. C., Hoffman, K. R., Donohue, L. T., Kuhn-Riordon, K. M., Rottkamp, C. A., Vali, P., Tancredi, D. J., Romano, P. S., Steinhorn, R., & Marcin, J. P. (2020). The Impact of Telemedicine on Transfer Rates of Newborns at Rural Community Hospitals. *Academic Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.013>
- Iglesias, E. Á., & López, L. C. (2006). Protocolos de Neonatología Transporte (traslado) neonatal. *Bol Pediatr*, 46(Supl.1), 166–171.
- INEC. (2019). *Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (n.d.). *Evolución histórica del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2019*. 1–21.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2019). *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018*.
- Kurlat, D. I., Hall, J., & Exeter, O. De. (2011). *Regionalización y mortalidad materno-infantil*. 18–22.
- Lovera Montilla, L. A. (2014). Calidad del transporte neonatal en el Valle del Cauca: un reto para la salud. *Avances En Enfermería*, 32(1), 80–91. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46066>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2), 177–187.

- Ministerio de Salud de Argentina. (2012). Recomendaciones para la práctica del traslado neonatal. *Área de Neonatología de La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de La Nación*, 110. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Norma del subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa, del Sistema Nacional de Salud*. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/5.NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACION CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENC.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Guía de práctica clínica (GPC). Recién nacido prematuro*. (Dirección Nacional de Normatización (ed.)).
- Moreno Hernando, J., Thió Lluch, M., Salguero García, E., Rite Gracia, S., Fernández Lorenzo, J. R., Echaniz Urcelay, I., Botet Mussons, F., Herranz Carrillo, G., & Sánchez Luna, M. (2013). Recomendaciones sobre transporte neonatal. *Anales de Pediatría*, 79(2). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.12.005>
- Ohning, B. L., & Rosenkrantz, T. (2015). *Transport of the critically ill child*. Medscape; Medscape. <https://doi.org/10.1002/jhm.760>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Estrategia y plan de acción regionales sobre salud neonatal en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño: informe final. *68.a Sesión Del Comité Regional de La OMS Para Las Américas*, 3.

- Restrepo Ochoa, D. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122–133. <https://doi.org/10.21615/2579>
- Ribadeneira-Orti, A. L., & Cañaverall-Caizaluiza, K. (2017). *Morbilidad y mortalidad del programa de transporte neonatal S.T.A.B.L.E. en el hospital Pablo Arturo Suárez hospital gineco-obstétrico Luz Elena Arismendi Nueva Aurora y hospital Luis G. Dávila Tulcan de marzo a mayo del 2017*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).
- Salud, organizacion panamericana de la. (2006). *Transporte neonatal en el entorno de los paises en desarrollo: revision sistematica*. 93.
- Tanya, E., & Mancilla, P. (2019). *USO DE LAS ESCALAS TRIPS Y SNAPPE II PARA TRASLADO NEONATAL EN HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN EN EL 2016*.
- Thió, M., & Esqué, M. (2008). Transporte neonatal. *De Guardia En Neonatología., Ergon Ed.*, 4–6. <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Transporte+Neonatal#0>
- Yaiza Alonso Villarroel(1)Alba Acevedo Pozo(2)M^a Cruz Villarroel Modrón. (2019). *Nuberos Científica. Nuberos Científica*.

ANEXOS

**ANEXO 1. PARTE I: ASENTIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO,
DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Este Formulario de Asentimiento Informado y Consentimiento Informado está dirigido al personal sanitario que formará parte de la entrevista para el protocolo de “ANÁLISIS SITUACIONAL Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE TRANSFERENCIA Y TRANSPORTE NEONATAL ECUATORIANO “

Investigadoras:

Dra. Mayra Alexandra Ojeda Aguilar

Dra. Karina Alexandra Vargas Muñoz

Postgrado de Pediatría, Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Teléfono: 0987263586 mail: mayojeda28@gmail.com

Teléfono: 0984605280 mail: vargaskarialexa@gmail.com

Nombre de la Propuesta:

“ANÁLISIS SITUACIONAL Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE TRANSFERENCIA Y TRANSPORTE NEONATAL ECUATORIANO “

PARTE II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación

“ANÁLISIS SITUACIONAL Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE TRANSFERENCIA Y TRANSPORTE NEONATAL ECUATORIANO”

Institución Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Investigadores

MD. Ojeda Aguilar Mayra Alexandra, estudiante de posgrado de pediatría,
PUCE

MD. Vargas Muñoz Karina Alexandra, estudiante de posgrado de pediatría,
PUCE.

Objetivo de la investigación

Conocer la realidad del transporte y transferencia neonatal en el Ecuador, utilizando como caso de estudio las transferencias realizadas dentro de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) ecuatoriana, en el periodo de un año.

Procedimiento: metodología cuantitativa y cualitativa

1. Metodología cuantitativa se usará la información de la Base de datos de transferencias neonatales de un año de Dirección de articulación MSP y se realizará el análisis de datos y caracterización de las necesidades de referencia y contrarreferencia neonatal.

2. En cuanto a la metodología cualitativa se realizará un abordaje exploratorio desde una perspectiva fenomenológica a grupos focales de trabajadores de la salud. Se seleccionarán (i) gerentes o administradores asistentes médicos o de enfermería, educadores basados en unidades o líderes clínicos (por ejemplo, enfermeras practicantes neonatales, asesoras de lactancia); (ii) capaces de conversar y leer en español; y (iii) dispuestos a ser grabados en audio durante la entrevista.

Participación voluntaria: toda persona tiene el derecho de aceptar voluntariamente su participación sin fines de lucro, únicamente como apoyo para la realización del proyecto de tesis.

Confidencialidad: Se guardará confidencialidad a través de la asignación de nombres ficticios que impidan la identificación y se destruirá todo el registro de grabaciones una vez finalizada la sistematización de la información.

Beneficios: Se identificará una red de transferencias neonatales a nivel nacional. En cuanto a los determinantes, se definirán las principales razones que motivan esas transferencias neonatales, tanto dependientes de las características de los pacientes, como de los establecimientos

Riesgos o molestias no existe ningún tipo de riesgo para los participantes.

Derecho a retirarse: toda persona tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento previa notificación.

Manejo de datos y resultados: en caso de las grabaciones usadas en los grupos focales, serán destruidas posterior a la sistematización de las mismas. Los datos servirán de insumo para el desarrollo del Protocolo de Transporte y Transferencia del Neonato en Estado Crítico, aplicable en a todo el sistema nacional de salud. Por último, y no menos importante, se plantea la realización de la presente tesis y la publicación de, al menos, un artículo científico en una revista indexada.

Mayor información:

En caso de que quiera más información se puede comunicar con: Dr. Iván Dueñas Director del, o con el Dr. Hugo Guillermo Navarrete Zambrano – secretario del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700 – Ext. 2917.

PARTE III. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, declaro que he leído y he comprendido el procedimiento, participación voluntaria, confidencialidad, beneficios, riesgos, derecho a retirarse, manejo de resultados del tema de investigación "ANÁLISIS SITUACIONAL Y RECOMENDACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO DE TRANSFERENCIA Y TRANSPORTE NEONATAL ECUATORIANO".

Además, que he hecho todas las preguntas necesarias sobre el tema. Por lo tanto, estoy de acuerdo en participar voluntariamente en el proyecto antes mencionado.

Firma o huella del

Nombre



Firma del investigador

C.I.

Fecha

Anexo 2. GUIÓN DE LOS GRUPOS DE ENFOQUE

1. ¿Cuáles son sus impresiones generales del proceso de transporte neonatal que se llevan a cabo en su establecimiento de salud?
2. ¿Cuál ve usted, es el paso más importante en el proceso de transferencia y transporte neonatal? ¿Por qué?
3. ¿Cuál o cuáles de esos pasos importantes para las transferencias de los neonatos se realizan y cuáles no? ¿Por qué?
4. ¿Cuáles de esos pasos importantes que no se hacen, percibe usted como el más fácil/más factible de implementar en su establecimiento de salud?
5. En general, ¿cuáles considera que son las principales barreras o desafíos para brindar un proceso de transporte neonatal apropiado para los bebés en su establecimiento de salud? ¿Pueden dar algunos ejemplos?
6. ¿Qué facilitadores o cambios adicionales cree que serían necesarios para implementar un apropiado proceso de transporte neonatal en su establecimiento de salud?
7. ¿Hay algo más que quiera agregar sobre los desafíos o fortalezas que ve en su establecimiento de salud, relacionadas con la implementación de un proceso de transporte neonatal más apropiado en comparación al actual?

Tabla 14. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
ZONA DE TRANSFERENCIA	Extensión territorial cuyos límites dependen de cuestiones relacionadas a la división natural, política y a las administraciones	Porciones en que resulta segmentada la superficie terrestre a partir de las divisiones naturales del Ecuador.	Cualitativa	Costa Sierra Oriente
PROVINCIA/ DISTRITO QUE TRANSFIERE Y RECIBE	División administrativa territorial en que se organizan algunos estados	Es una división político-administrativa conformada por la unión de dos o más cantones	Cualitativa	24 PROVINCIAS, 9 ZONAS
ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE TRANSFIERE Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECIBE	Establecimiento de primer nivel de atención para los derechohabientes en su área geográfica de influencia	Establecimiento médico que da atención a usuarios de su área de cobertura	Cualitativa	PRIMER NIVEL SEGUNDO NIVEL TERCER NIVEL

<p>MOTIVOS ADMINISTRATIVOS DE LA TRASNFERENCIA</p>	<p>Razón o causa para encaminar al paciente de una unidad de salud a otra</p>	<p>Razón o causa para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.</p>	<p>CUALITATIVA</p>	<p>Falta de espacio físico Falta de personal especializado Descongestión de la unidad</p>
--	---	--	--------------------	---