	Procedimento Operacional Padrão (POP) Assistência de Enfermagem	POP **NEPEN/DE/HU**	
	Título **Transporte Neonatal Inter-hospitalar**	Versão: 02	Próxima revisão: 2019
Elaborado por: Patrícia Klock		Data da criação: 2015	
Revisado por: Membros permanentes do NEPEN		Data da revisão: 18/10/2015 Data da 2° revisão: 15/12/2017	
Aprovado por: Diretoria de Enfermagem		Data da aprovação: 15/12/2017	
Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP e impresso			
Responsável pelo POP e pela atualização: Enfermeiras Neonatologia			
Objetivo: Realizar o transporte do RN inter-hospitalar			
Setor: Unidade de Internação Neonatal		Agente(s): equipe de Enfermagem	

1. CONCEITO

Realizar a transferência inter-hospitalar do RN de modo a assegurar sua integridade física, minimizando riscos de agravos à saúde e mantendo seu estado clínico estável.

- Tipos de transporte inter-hospitalar:

- Transferência definitiva do RN de instituições de saúde de menor complexidade para unidades de referência de maior complexidade, com o intuito de realizar exames diagnósticos, internação clínica, cirúrgica ou unidades de terapia intensiva especializadas.
- Transferência temporária para tratamento ou exames diagnósticos em instituições de maior complexidade, e que após o tratamento, exame ou procedimento cirúrgico retornam à instituição de origem.

.

2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Na instituição esses equipamentos são providenciados no momento do transporte, pela UTI Neonatal de acordo com o quadro clínico do RN e tipo de terapêutica implementada:

1. Incubadora de transporte: transparente, de dupla parede, bateria e fonte de luz;
2. Cilindros de oxigênio recarregáveis (pelo menos um);
3. Balão autoinflável com reservatório e máscaras ou respirador neonatal;
4. Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria;
5. Material para intubação, venóclise e drenagem torácica;
6. Termômetro, estetoscópio, fitas para o controle da glicemia capilar;
7. Bomba perfusora;
8. Ventilador mêcanico e umidificador aquecido com fluxo contínuo e regulagem de pressão;
9. Equipamentos de proteção individual (EPIs);
10. Documentação e anotações/registros em prontuário.

3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Normas Gerais (vide anexo 1):

1. Checar se está tudo acertado com o hospital que irá receber o RN (disponibilização de vaga e nome do médico responsável);
2. Providenciar o transporte;
3. Obter consentimento do responsável pelo RN, explicando as condições clínicas do recém-nascido, o risco da patologia e o local a ser transferido esse RN;
4. Prever a equipe que irá realizar o transporte;
5. Checar maleta de transporte e funcionamento dos equipamentos necessários;
6. Observar e promover a manutenção clínica do paciente (temperatura, estabilização respiratória, necessidade de intubação, necessidade de acesso venoso, suporte metabólico e ácido-básico – HEV/glicemia; monitorização hemodinâmica;
7. Comunicar o médico de referência ao iniciar o transporte;
8. Manter estabilidade clínica do RN;
9. Realizar relatório do transporte.

4. TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

4.1 Recém-Nascidos com Defeito de Parede Abdominal

- Manter sonda gástrica aberta, para evitar a distensão das alças intestinais;
- Manipular o defeito somente com luvas estéreis e evitar manipulações múltiplas;
- Verificar se a abertura do defeito é ampla o suficiente e não está causando isquemia intestinal. Utilizar anteparos para as vísceras;
- Proteger com uma compressa estéril, sempre umedecida com solução salina aquecida e proteger o curativo com um filme de PVC;
- Manter o paciente em decúbito lateral para não dificultar o retorno venoso;
- Estabilizar o paciente na unidade neonatal, antes de deslocá-lo para o centro cirúrgico. Em caso de gastrosquise ou onfalocele rota, o transporte para o centro cirúrgico deve ser mais rápido;
- Manter temperatura e oferecer assistência ventilatória adequada. Cuidado para não fornecer suporte ventilatório excessivo e, com isso, ocasionar uma diminuição do débito cardíaco e da circulação mesentérica;
- Observar a necessidade de fluidos para o recém-nascido. Na onfalocele, as perdas evaporativas não estão presentes na mesma intensidade do que na gastrosquise. Nessa última, além das perdas por evaporação, há também sequestro de fluidos pelas alças intestinais expostas;
- Observar atentamente a perfusão, a frequência cardíaca, o débito urinário e o balanço hídrico. Manter glicemia dentro do limite de normalidade (40–150mg/dL);
- Ficar atento à presença de outras malformações associadas;

4.2 Atresia de Esôfago

- Transportar o recém-nascido em posição semissentada ou em decúbito elevado para prevenir a pneumonia aspirativa;
- É obrigatória a colocação de sonda no coto esofágico proximal sob aspiração

contínua;

4.3 Hérnia Diafragmática

- Devido ao quadro de hipoplasia pulmonar associado à hipertensão pulmonar grave, em geral o neonato deve estar o mais estável possível ao início do transporte. A intubação traqueal é obrigatória.
- Sempre passar uma sonda gástrica o mais calibrosa possível, a fim de aliviar a distensão das alças intestinais e facilitar a expansão torácica.
- O paciente deve ser transportado em decúbito lateral, do mesmo lado da hérnia, para melhorar a ventilação do pulmão contralateral.

4.4 Apneia da Prematuridade

- Durante o transporte destes pacientes, um dos cuidados básicos se refere à permeabilidade das vias aéreas. Para isso, o pescoço deve estar em leve extensão. A colocação de um coxim sob os ombros durante o transporte facilita o posicionamento correto da cabeça do recém-nascido;
- As drogas usadas para estimular o centro respiratório devem ser administradas antes do início do transporte;

4.5 Cardiopatias Congênitas

- Corrigir outras alterações metabólicas identificadas (hipocalcemia, hipomagnesemia);
- Cuidados gerais: monitorização contínua da FC, FR, temperatura e saturação periférica de oxigênio, controle da diurese e balanço hídrico.
- Glicemias seriadas;
- Sedação, se necessário, de forma a diminuir o consumo de oxigênio;
- Assegurar dois acessos vasculares, um dos quais, idealmente, central. Não puncionar veias femorais;
- De acordo com a clínica, suspender ou manter alimentação entérica, mas assegurar sempre aporte calórico adequado;
- Tratar anemia, mantendo hematócrito superior a 40%;

- Na suspeita de cardiopatia congênita, canal dependente, iniciar perfusão de prostaglandinas E1 (PGE1) em via segura. Simultaneamente podem surgir os efeitos colaterais das PG que são apneia, diarreia, rash e hipertermia. Sempre administrá-la por meio de bomba de infusão perfusora.

5. NOTAS IMPORTANTES

O Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução n° 375/2011, determina a obrigatoriedade da presença do profissional enfermeiro, quando necessárias ações de assistência de enfermagem, nas viaturas que realizam transporte inter-hospitalar de pacientes.

Art1° A assistência de enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, somente deve ser desenvolvida na presença de enfermeiro. A Resolução citada acima corrobora com a Lei n°7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem:

Art. 11 O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – Privativamente:

l) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM n° 1672, de 9 de julho de 2003, dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências, normatizando as condutas de transporte com segurança.

Art 1°- Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido.

ambulância de suporte avançado.

I. Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s). V. Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem. VI. Todo

paciente removido deve ser acompanhado por um relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

II. *O Hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadram em sua capacidade de resolução.*

III. *Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.*

IV. *Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado.*

V. *Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s). V. Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem. VI. Todo paciente removido deve ser acompanhado por um relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.*

VI. *Para o transporte faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte ou impossibilidade de localização do(s) responsável(is).*

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 375/2011** - Dispõe sobre a presença do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Brasilia, DF. 2011. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em: 07 ago.

2015.

_____. Conselho de Federal de Medicina. **Resolução no 1.672/2003** - Dispõe sobre o transporte interhospitalar de pacientes e dá outras providências. Brasilia, DF. 2003. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1672_2003.htm>. Acesso em: 07 ago. 2015.

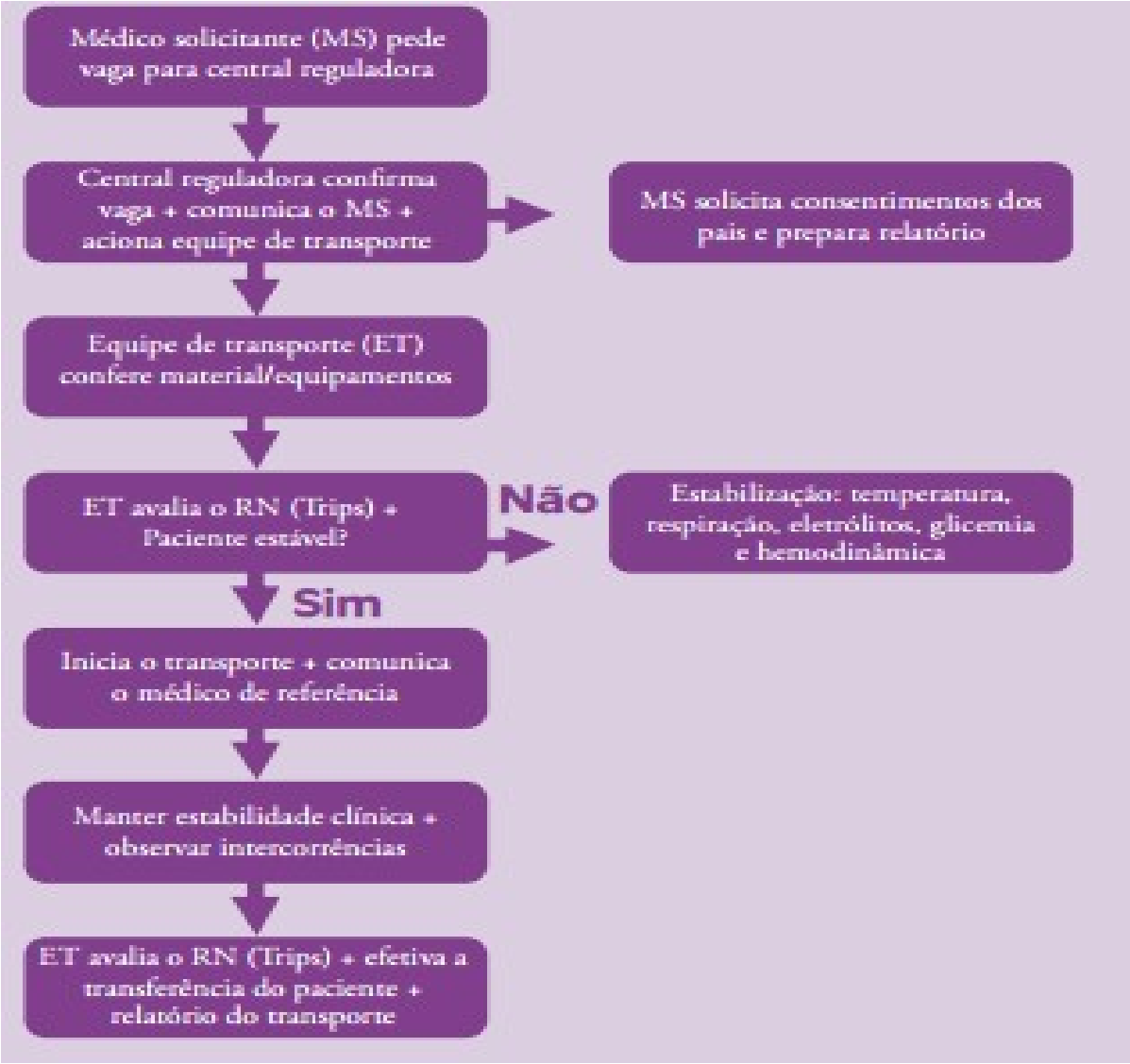
_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Transferências e transporte inter-hospitalar. Brasilia, DF. nov. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Manual de orientações do transporte neonatal.** Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_transporte_neonatal.pdf Acesso em: 15/12/2017.

PINTO, C.B. Et al. Transporte neonatal de alto risco: uma revisão da literatura. **Revista acreditação,** v. 7, n. 13. 2017.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **Parecer COREN-SP GAB N°049.** Responsabilidade do enfermeiro durante a transferência inter-hospitalar de pacientes. São Paulo. 2011.

ANEXO


Médico solicitante (MS) pede vaga para central reguladora
Central reguladora confirma vaga + comunica o MS + aciona equipe de transporte
MS solicita consentimentos dos pais e prepara relatório
Equipe de transporte (ET) confere material/equipamentos
ET avalia o RN (Trips) + Paciente estável?
Não
Estabilização: temperatura, respiração, eletrólitos, glicemia e hemodinâmica
Sim
Inicia o transporte + comunica o médico de referência
Manter estabilidade clínica + observar intercorrências
ET avalia o RN (Trips) + efetiva a transferência do paciente + relatório do transporte