Aquele realizado dentro do próprio hospital, quando os pacientes internados em Unidade Neonatal/Pediátrica são transportados para a realização de alguma intervenção cirúrgica ou procedimento diagnóstico, dentro das dependências do hospital ou em locais anexos.

Em nosso caso, inclui-se nessa modalidade também, o transporte do recém-nascido de risco, ou gravemente enfermo, do seu local de parto (sala de parto ou centro cirúrgico) à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Adequar essa modalidade de transporte constitui prioridade, pois auxiliará a alcançarmos estabilização clínica mais rápida desse paciente e a diminuir morbi-mortaldade.

Em qualquer das duas situações, os transportes podem se tornar um risco a mais para o paciente criticamente doente e, por isso, devem ser considerados como uma extensão dos cuidados realizados na Unidade de Tratamento Intensivo. A responsabilidade pela indicação desse tipo de transporte é da equipe que presta assistência ao paciente na Unidade. Muito mais atenção tem sido dada e estudos realizados em relação ao transporte inter-hospitalar, comparado ao intra- hospitalar. Entretanto, deve-se lembrar que o transporte intra-hospitalar ocorre com grande frequência e para sua realização são necessários treinamentos e habilidades similares aos requisitados para a realização do transporte inter-hospitalar.

1. Equipamentos

O equipamento mínimo necessário para o transporte Neonatal intra-hospitalar constitui-se de:

-Incubadora de transporte: transparente, de dupla parede, bateria e fonte de luz.

* Em nosso caso, enquanto não tivermos a nossa disposição uma incubadora de transporte, utilizaremos a incubadora convencional, principalmente para trazer o RN enfermo do Centro Cirúrgico à UTI, visto que a distância é curta. Nunca trazer um prematuro extremo no colo, pelo risco de hipotermia e Hemorragias intra-cranianas.

-Cilindro de oxigênio recarregável.

-Balão autoinflável com reservatório e máscaras ou respirador neonatal.

-Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria.

-Material para intubação, venóclise e drenagem torácica.

-Termômetro, estetoscópio, fitas para o controle da glicemia capilar.

-Bomba Perfusora.

* Especificamente no caso do RN enfermo que é transportado do centro cirúrgico ou sala de parto para a UTI, visto a curta distância e os procedimentos iniciais que serão feitos, pode-se dispensar termômetro, fitas para controle de glicemia e bomba perfusora, de acordo com a clínica do paciente.

Esse material deve ser portátil, durável, leve, de fácil manutenção e estar sempre pronto e disponível. Esses equipamentos devem possuir bateria própria e recarregável, com autonomia de funcionamento de, no mínimo, o dobro do tempo do transporte. Além disso, o material não pode sofrer interferência eletromagnética e deve possuir um módulo de fixação adequada. Deve suportar a descompressão aguda, mudanças de temperatura, vibração e ser compatível com outros equipamentos de

transporte. Os equipamentos devem poder passar pelas portas de tamanho padrão dos hospitais.

2. Medicação

A medicação, que deve estar disponível na maleta de emergência, inclui:

• Drogas de efeito neurológico: morfina ou fentanil, midazolan, fenobarbital sódico e difenil-hidantoína.

• Diversos: aminofilina, dexametasona, pancurônio, vitamina K, heparina e lidocaína 0,5%.

-Para o aporte hidroeletrolítico: soro fisiológico e glicosado a 5 e 10%, glicose a 50%, cloreto de potássio a 10%, cloreto de sódio a 20%, gluconato de cálcio a 10% e água destilada.

-Para a reanimação: adrenalina (1/10.000).

-Drogas de efeito cardiovascular: dobutamina, dopamina**.**

3. Estabilização Clínica Pré-Transporte

Para que um transporte neonatal seja definido como “seguro” é imprescindível uma adequada estabilização clínica do paciente antes que ele seja transportado, juntamente com a presença de uma equipe de transporte bem treinada. Em relação à estabilização

do paciente, os seguintes cuidados devem ser considerados independentemente de distância a ser percorrida:

a) Manutenção da Temperatura

É um ponto crucial, pois a hipotermia está associada ao aumento da morbimortalidade. Por isso, jamais deve-se transportar um RN prematuro e/ou de risco nos braços para a UTI. A temperatura é medida na região axilar e o transporte só deve ser iniciado se o recém-nascido estiver normotérmico. A manutenção da temperatura poderá ser atingida por meio da utilização de:

- secagem adequada do recém-nascido, quando o transporte ocorrer logo após o nascimento;
- utilização de incubadora de transporte de dupla parede com a temperatura regulada de acordo com o peso do paciente;

• envolver o corpo do recém-nascido, mas não a cabeça, em filme transparente de PVC para diminuir a perda de calor por evaporação e convecção;

• Uso de toucas principalmente em prematuros e pacientes com hidrocefalia.

b) Estabilização Respiratória

Inclui cuidados apropriados de reanimação e manutenção de vias aéreas pérvias com:

- aspiração de vias aérea superiores incluindo boca, nariz e hipofaringe;

- verificar posicionamento correto do recém-nascido.

Por vezes, pode ser indicada a intubação traqueal antes da remoção de pacientes instáveis com risco de desenvolver insuficiência respiratória, garantindo-se antes do transporte a localização e a fixação adequada da cânula.

O balão autoinflável é uma opção quando não dispomos de ventilador mecânico portátil, devendo ser usado com o manômetro, para assegurar a pressão inspiratória dada. Este método pode aumentar o risco de hipoventilação e barotrauma. O balão com reservatório, ligado a uma fonte de oxigênio a 5l/min, permite a concentração de oxigênio entre 90–100%. Podemos oferecer concentrações de oxigênio de 40% no balão autoinflável se retirarmos o reservatório.

O ventilador manual nos dá a vantagem de controlar a pressão inspiratória e expiratória, aumentando a segurança ventilatória durante o transporte. Sua limitação é que a frequência ventilatória deve ser controlada manualmente pelo profissional. O ventilador mecânico seria o ideal para se transportar o paciente, pois mantém estável os parâmetros ventilatórios, infelizmente o custo é elevado.

Para distâncias curtas, como entre o Centro-Cirúrgico e a UTI, pode-se usar o balão com reservatório com segurança.

c)Manter o Acesso Venoso

Transportar com acesso venoso calibroso e seguro. Se necessário, garantir 2 vias vasculares.

No caso do RN enfermo que será transportado `a UTI, pode-se avaliar a possibilidade, de acordo com a clínica do mesmo, de conseguir o acesso venoso só ao chegar na

unidade. Nesse caso, a equipe e os materiais necessários já devem estar preparados para receber o paciente.

d) Monitorização Hemodinâmica

É realizada por meio de avaliação da perfusão cutânea, frequência cardíaca, pressão arterial, débito urinário e balanço hídrico.

O controle dos batimentos cardíacos deve ser realizado preferencialmente por meio do monitor de frequência cardíaca. Caso não seja possível o uso de monitores, verificar a frequência cardíaca por palpação do pulso braquial e/ ou femoral. A ausculta cardíaca durante o transporte é dificultada pelo excesso de ruídos e pela movimentação.

4. Cuidados Durante o Transporte

• Evitar alterações da temperatura, controlar temperatura a cada 10 minutos.

• Verificar a permeabilidade de vias aéreas: observar a posição do pescoço do paciente, a presença de secreções em vias aéreas e, se intubado, a posição e a fixação da cânula traqueal durante o transporte.

• Monitorizar a oxigenação: deve ser feita por meio da oximetria de pulso.

5. Referências Bibliográficas:

1. Manual de Transporte Neonatal do Ministério da Saúde

2. Manual de Transporte Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria

ELABORADO POR:	APROVADO POR:
Dra. Josie Munhoz Pedroso Pimentel	Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos

ELABORADO POR:

_____

Dra. Josie Munhoz Pedroso Pimentel

Médica Neonatologista

CRM/SP: 126.527

APROVADO POR:

_____

Dra. Carmen R. P. R. Amaro

Diretora Clínica / Médica

CRM/SP: 45325

_____

Dr. Juan Carlos Llanos

Diretor Técnico / Médico

CRM/SP: 90410

ELABORADO POR:	**APROVADO POR:**
Dra. Josie Munhoz Pedroso Pimentel	Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos