


PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN PERIODO PERINATAL Y NEONATAL



Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626

Versión: 01

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
2026**

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 2 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS
PROGRAMA NORMALIZACION DE LA ATENCION DEL NIÑO Y LA NIÑA


PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA **TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS** **EN EL PERIODO PERINATAL Y** **NEONATAL**

RED DE SERVICIOS DE SALUD C.C.S.S.

Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626

Versión: 01

SAN JOSÉ, COSTA RICA
2026

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 3 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ELABORADO POR:


Dr. Jaime Lazo Behm.	Pediatra Neonatólogo.	Hospital Nacional de Niños. Coordinador de COREN
Dr. David Barrantes Espinoza	Médico Evaluador 1	Coordinador Centro de Transporte Institucional.
Dr. Rodolfo David Martínez Jiménez	Médico Especialista	Dirección de Redes de Servicios de Salud
Dr. Armando Mauricio Cortés Ruiz	Médico Medicina Familiar	Gerencia Médica
Dr. Robert Moya Vásquez	Pediatra	Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña

VALIDADO EN PRIMERA FASE POR:

1. Sinaí Vásquez Jiménez	Pediatra	Hospital Ciudad Neilly
2. Elti Mayela Ortiz	Pediatra	Hospital de Ciudad Cortes
3. Carlos Paniagua Cascante	Neonatólogo	Hospital Nacional de Niños
4. Susan Li Chan	Neonatóloga	Hospital Enrique Baltodano Briceño
5. Oscar Alberto Salazar Quirós	Pediatra	Hospital Juana Pirola
6. Julio Eladio Artavía Quirós	Enfermero	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briseño
7. Alejandro Rojas Rodríguez	Neonatólogo	Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega
8. Ezra Goldberg Hernández	Neonatólogo	Hospital Maximiliano Peralta
9. Amanda Chaverri Solano	Pediatra	Hospital San Francisco de Asís
10. Adriana Montero Fuentes	Medica general	Hospital San Francisco de Asís
11. Ana Patricia Medina Gutiérrez	Pediatra	Hospital Fernando Escalante Pradilla
12. Jonnathan Rodríguez Rodríguez	Neonatólogo	Hospital San Carlos
13. Katarina Ureña Castro	Pediatra	Hospital William Allen
14. Edwin Salas Jiménez	Ginecólogo Obstetra	Hospital Monseñor Sanabria
15. Alexander Bullio Guillén	Medicina Materno fetal	Hospital de las Mujeres
16. Marcela Carvajal Chinchilla	Neonatóloga	Hospital de San Carlos
17. Mitzila Reyes Castillo	Neonatóloga	Hospital San Juan de Dios
18. Erick Vinicio Herrera Bolaños	Pediatra	Hospital San Rafael de Alajuela
19. Irene Morúa León	Neonatóloga	Hospital Calderón Guardia
20. Oscar Salazar Quirós	Pediatra	hospital Juana Pirola
21. María Fernanda Barrantes Rojas	Ginecóloga Obstetra	Hospital de San Vito Juana Pirola
22. Fabricio Sevilla Acosta	Pediatra	Hospital La Anexión
23. Oscar Eduardo Castro Santana	Médico General	Hospital Escalante Pradilla
24. Mariela Bolívar Porras	Pediatra	Hospital de Guápiles
25. Rosa Gallardo de Villa	Enfermera	DRIPSSB
26. María Fernanda Montero Herrera	Neonatóloga	Hospital San Vicente de Paul

VALIDADO EN SEGUNDA FASE POR:

27. Alejandro Alfieri Marín Mora	Médico	Área de Bioética
28. Sandra María Rodríguez Ocampo	Médico	Área de Bioética Aval: CENDEISS-AB-0589-2025 Fecha: 21 de octubre del 2025
29. Gabriel Ugalde Rojas	Enfermero	Coordinación Nacional de Enfermería

	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 4 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

30. Richard Esquivel Castillo	Médico evaluador	Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
31. Carlos Icaza Gurdíán	Jefatura médica	Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
32. Jeffrey Jacobo Elizondo	Médico	Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
33. Laura Arroyo Martínez	Cirujana General	Despacho Gerencia Médica
34. Dr. Mario Vilchez Madrigal	Director a.i	Centro de Atención de Emergencias y Desastres

REVISADO POR:	Dra. María José Valverde Valverde. Jefatura Área de Atención Integral a las Personas.
APROBADO POR:	Dra. Ana Jéssica Navarro Ramírez. Directora. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
AVALADO MEDIANTE:	Oficio Gerencia Médica GM-10448-2026 (Anexo 1).
FECHA DE EMISIÓN:	2026
PRÓXIMA REVISIÓN:	2031
OBSERVACIONES:	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.</p>
DECLARACIÓN DE INTERES:	<p>Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, que analizó el Equipo Técnico elaborador y tomó las debidas acciones; los formularios se custodiarán 5 años.</p>

Este documento está disponible para consulta en el Repositorio del BINASSS-CCSS, accesible a través del enlace www.binasss.sa.cr o directamente mediante el enlace proporcionado en el expediente del EDUS.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 5 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

TABLA DE CONTENIDOS

1.	PRESENTACIÓN	6
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
2.1.	JUSTIFICACIÓN	8
2.2.	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	10
2.3.	METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN	15
2.4.	REFERENCIAS NORMATIVAS	16
2.5.	ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	19
2.6.	OBJETIVOS	19
2.7.	PERSONAL QUE INTERVIENE	20
3.	CONTENIDO	21
3.1.	ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS	22
3.2.	ORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LA CCSS SEGÚN LA COREN	26
4.	PROCESO DE TRASLADO IN ÚTERO Y NEONATAL	29
4.1.	TRASLADO PERINATAL O IN ÚTERO	30
4.2.	EQUIPO HUMANO Y ACCIONES PARA EL TRASLADO DE LA PERSONA USUARIA EN EL PERIODO PERINATAL O IN ÚTERO	34
4.3.	TRASLADO NEONATAL.....	40
4.4.	EL EQUIPO HUMANO Y ACCIONES DURANTE EL TRASLADO DE LA PERSONA USUARIA EN PERIODO NEONATAL	43
4.5.	EQUIPAMIENTO Y MEDICAMENTOS.....	52
4.6.	VEHÍCULO DE TRANSPORTE	55
5.	ASPECTOS BIOÉTICOS Y DERECHOS HUMANOS.....	55
6.	HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD	58
7.	CONTACTOS PARA CONSULTAS	67
8.	VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO.....	67
9.	INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO	72
10.	ANEXOS Y REFERENCIAS	74

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 6 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

1. PRESENTACIÓN

El traslado de personas usuarias en el periodo perinatal y neonatal constituye un pilar fundamental en el sistema de atención de la salud materno-infantil. Este manual tiene como objetivo estandarizar las prácticas relacionadas con el transporte seguro, oportuno y humanizado que respete la dignidad, la vulnerabilidad y las necesidades individuales de las personas involucradas, en especial del recién nacido y su madre o mujer gestante, garantizando que el personal de salud cuente con lineamientos claros y técnicamente respaldados para la toma de decisiones en situaciones críticas. En Costa Rica, la implementación de estos procedimientos es esencial para mejorar los resultados clínicos y optimizar los recursos disponibles dentro del sistema de salud.

El periodo perinatal y neonatal es especialmente crítico debido a la vulnerabilidad de los recién nacidos y la necesidad de intervenciones oportunas. Las condiciones como la prematuridad, asfixia perinatal, malformaciones congénitas y complicaciones obstétricas requieren una respuesta coordinada que integre el transporte especializado hacia unidades de mayor capacidad resolutive. El Traslado adecuado minimiza la morbilidad y mortalidad, garantizando que los pacientes reciban la atención necesaria en el lugar correcto y en el momento oportuno.


La regionalización de la atención a la madre y a la persona recién nacida durante el periodo perinatal y neonatal implica la organización jerárquica de los servicios de salud, con el fin de garantizar que ambas reciban atención en centros con el nivel de complejidad adecuado según su condición. Este enfoque permite:

- **Optimización de recursos:** Concentrando casos complejos en unidades especializadas, se garantiza un uso eficiente de los recursos disponibles.
- **Mejora en la calidad de atención:** Los centros de mayor capacidad resolutive cuentan con equipos y personal capacitado para manejar condiciones complejas, lo que resulta en mejores resultados clínicos.
- **Reducción de desigualdades:** Al establecer redes de referencia claras, se asegura que todos los recién nacidos y sus madres, tengan acceso a una atención de alta calidad independientemente de su ubicación geográfica.

Dra. María José Valverde Valverde, Jefe
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS

INTRODUCCIÓN



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 8 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

2.1. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de este protocolo de atención clínica sobre transporte de la persona usuaria en periodo perinatal y neonatal es de suma importancia para la Caja Costarricense de Seguro Social y justifica su formulación en los aspectos que se describen a continuación.

Reduce la mortalidad y morbilidad neonatal. La regionalización de la atención de la persona usuaria en el periodo perinatal y neonatal, que implica el traslado de madres embarazadas o personas recién nacidas de alto riesgo a centros de mayor complejidad, ha demostrado reducir significativamente la mortalidad y morbilidad neonatal¹. Un sistema de transporte perinatal y neonatal bien estructurado, con procedimientos claros, asegura que el traslado se realice de forma segura y eficiente, minimizando los riesgos para la persona recién nacida².

Garantiza la calidad y seguridad del traslado. Un protocolo de atención clínica estandariza los procedimientos, asegurando que se cumplan las condiciones mínimas para un traslado seguro. Esto incluye la capacitación del personal, el uso de equipamiento adecuado, el manejo de la madre gestante o en su lugar la correcta estabilización de la persona recién nacida antes del traslado, el monitoreo constante durante el viaje y la comunicación fluida entre los centros emisor y receptor³.


Optimiza la atención en situaciones críticas. La persona recién nacida que requiere traslado suele estar en condiciones críticas. Un sistema estandarizado permite una respuesta rápida y coordinada, con personal capacitado para manejar emergencias y tomar decisiones informadas. El tiempo que se pasa estabilizando a la persona recién nacida antes del traslado es tan importante para su desarrollo posterior como el tiempo que pasará en cuidados intensivos⁴.

¹ Rite-Gracia, S. et al. (2012). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría*, 78(6), 51.e1-51.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.007>

² Gray, M. M. et al. (2023). Neonatal transport safety metrics and adverse event reporting: A systematic review. *Air Medical Journal*, 42(4), 283-295. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2023.03.008>

³ Efeni, Jourdain, G. et al. (2018). *European Standards of Care for Newborn Health: Neonatal transport*. Primera edición.

⁴ Leslie, A. et al. (2024). Tracking national neonatal transport activity and metrics using the UK Neonatal Transport Group dataset 2012–2021: a narrative review. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 109, F460–F466. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325532>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 9 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

Minimiza el impacto del ambiente de transporte. El transporte, especialmente en ambulancia, expone a la persona recién nacida a diversos factores estresantes como vibraciones, ruido y cambios de temperatura. Los procedimientos estandarizados establecen medidas para minimizar el impacto de estos factores, como el uso de incubadoras de transporte especializadas, la protección térmica y la reducción del ruido⁵.

Facilita la coordinación y comunicación. La normalización establece canales de comunicación claros y eficientes entre los diferentes actores involucrados: el centro emisor, el equipo de transporte, el centro receptor y la familia. Esto asegura un flujo de información constante y la toma de decisiones consensuadas⁶.

Permite la recopilación de datos y evaluación del sistema. Un sistema protocolizado facilita la recolección de datos sobre los traslados realizados, lo que permite evaluar la eficiencia del sistema, identificar áreas de mejora y realizar ajustes para optimizar la atención⁷.

Contribuye a la equidad en el acceso a la salud. Un sistema de transporte de personas usuarias durante el periodo perinatal y neonatal protocolizado y adecuadamente implementado en todo el país asegura que todas estas personas, independientemente de su lugar de nacimiento, tengan acceso a la atención especializada que necesitan⁸.


⁵ Goswami, I., Redpath, S., Langlois, R. G., Green, J. R., Lee, K. S., & Whyte, H. E. A. (2020). Whole-body vibration in neonatal transport: A review of current knowledge and future research challenges. *Early Human Development*, 146, 105051. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105051>

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. (2018). Normativa No. 148: “Guía de Traslado del neonato”. Managua

⁶ Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. (2023). Recomendaciones para el Traslado neonatal. Edición 2023.

⁷ Leslie, A., Harrison, C., Jackson, A., Broster, S., Clarke, E., Davidson, S. L., Devon, C., Forshaw, B., Philpott, A., Tinnion, R., Whiston, J., Fenton, A. C., & Sharkey, D. (2024). Tracking national neonatal transport activity and metrics using the UK Neonatal Transport Group dataset 2012–2021: a narrative review. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 109, F460–F466. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325532>
 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 (edición en inglés)*, 95(2), 117.e1-117.e7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.12.005>

⁸ Gray, M. M., Riley, T., Greene, N. D., Mastroianni, R., McLean, C., Umoren, R. A., Tiwari, A., Mahankali, A., & Billimoria, Z. C. (2023). Neonatal Transport Safety Metrics and Adverse Event Reporting: A Systematic Review. *Air Medical Journal*, 42(4), 283–295. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2023.03.013>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 10 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

2.2. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

2.2.1. DEFINICIONES


Camas Ampliación de Servicio (CAS). Cama de Ampliación de Servicio, son aquellas camas que se activarán a razón de ampliar de manera temporal un número definido de camas en aquellos servicios ante un evento imprevisible, único y excepcional. Estas camas estarán censadas y tipificadas como camas de dotación normal. Esto se da cuando ya se ha superado la capacidad instalada a nivel local y de la respectiva RED. Se han coordinado y gestionados traslados, dado altas hospitalarias y activado todas las demás modalidades no convencionales de atención para las personas usuarias.

Cama bloqueada. Son todas aquellas camas que se encuentran inactivas dentro del sistema de información, las cuales no se pueden utilizar ni se reflejan en el sistema.

Cama de dotación normal. Es el número de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el cuidado de personas usuarias internadas. En el concepto moderno de hospital, su importancia no está dada por el número de camas de dotación normal, sino por la estructura interna de los casos que está en capacidad de resolver eficientemente. En esta definición se incluyen las camas de Aislamiento.

Cama habilitada. Son todas aquellas camas que se encuentran activas dentro del sistema de información para la atención de las personas usuarias.

Cama hospitalaria. Es aquella que se encuentra instalada y dispuesta las 24 horas del día para uso regular de personas usuarias hospitalizadas. Se cuentan como camas de hospital, las camas de adultos y niños (cunas e incubadoras usadas para el tratamiento de niños o niñas hospitalizadas), camas críticas, etc. No son camas de hospital las que se usan sólo temporalmente con fines de diagnósticos o tratamiento (radiología, camas de parto y de trabajo de parto, camas de recuperación post operatoria), camillas ubicadas en salas de emergencia (donde la persona usuaria titular espera su atención definitiva), cunas de recién nacidos sanos que se encuentran instaladas en los servicios de obstetricia y que están destinadas al cuidado de los niños recién nacidos en el establecimiento que permanecen en él después del parto, camas de acompañantes, camas para el personal, entre otros.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 11 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Camas de tránsito. Son camas utilizadas transitoriamente para el cumplimiento específico de un objetivo relacionado con el manejo de la condición de salud de las personas usuarias. Estas camas no son censables como dotación normal (ibid.). En esta categoría tenemos:

- Camas de recuperación Ginecobstétricas (RGO).
- Camas de recuperación Quirúrgicas (RQX).
- Sala de partos (SALP).

Cama de unidad especial. Son aquellas camas que cuentan con el recurso humano especializado exclusivo, además de los insumos requeridos para la atención de personas usuarias en estados críticos con afectación de uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida y que presenta condiciones de reversibilidad.

Capacidad instalada. Recursos físicos, humanos, tecnológicos y organizativos disponibles que determinan la capacidad de un centro de salud de ofrecer servicios de salud de manera eficiente y efectiva. Incluye elementos como el número de camas, equipamiento médico, disponibilidad de personal especializado, infraestructura, y tecnología de apoyo⁹.


Capacidad resolutive. Es la habilidad de cada establecimiento de salud para brindar diagnósticos y atenciones adecuadas que respondan eficazmente a las necesidades y demandas de las personas usuarias, asegurando al mismo tiempo un uso óptimo de los recursos disponibles¹⁰.

Centro de Traslados Institucional (C.T.I.). Centro encargado de gestionar el traslado de usuarios de la CCSS que por su condición de salud requieren ser referidos de un hospital con menor capacidad resolutive a otro que cuente con la capacidad resolutive apropiada.

Complejidad. Grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por éste. Se considera que la complejidad está compuesta por los siguientes elementos:

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Health systems strengthening: Glossary. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

¹⁰ Gonzales, A. R., Chacón, H., & Henderson, A. (1998). Capacidad resolutive del nivel II y III de atención en salud: el caso de Costa Rica: anexos. In Capacidad resolutive del nivel II y III de atención en salud: el caso de Costa Rica: anexos (pp. sp-sp).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 12 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

- Grado de diferenciación de todos los servicios (finales, intermedios y administrativos).
- Grado de especialización y capacitación del recurso humano¹².

Cuna. Es el equipo instalado en el Servicio de Pediatría, ya sea en el salón de pediatría o neonatología, utilizada por un niño o niña que requiera de atención médica, separada del binomio materno-infantil. En una cama censable.

Cunero de alojamiento conjunto. Es el equipo instalado en el Servicio de Obstetricia para el alojamiento de los recién nacidos en el hospital; destinados al cuidado de una persona recién nacida sana y que permanecen después del parto, durante el periodo de tratamiento de la madre. No son camas censables.


Estabilización. Consiste en un conjunto de intervenciones del personal de salud, orientadas a mantener o restaurar las funciones vitales de la persona gestante, del niño o la niña in útero o de la persona recién nacida, con el objetivo de prepararla para un traslado seguro o su ingreso a una unidad de cuidados intensivos neonatales¹¹.

Gestión de camas. Conjunto de prácticas y procesos destinados al correcto manejo de la ocupación de camas y otros espacios destinados a la atención de personas usuarias, ya sean electivos o de urgencias.

Gestión Hospitalaria. Consiste en un conjunto de acciones, estrategias y procesos destinados al análisis integral del funcionamiento hospitalario, que incluye el control de los indicadores claves hospitalarios. Su objetivo es garantizar la optimización en el uso de los recursos disponibles, para brindar prestación de servicios de calidad.

Gestor de camas. Designación del profesional en medicina quien, además, debe tener una mezcla de conocimiento, academia y habilidades blandas, las cuales, junto al grado de involucramiento brindará impulso para poder desarrollar las diferentes actividades o estrategias requeridas para una gestión hospitalaria más eficiente. El Gestor de Camas debe estar adscrito directamente a la Dirección General del Establecimiento de Salud, quien es el máximo jerarca del centro. Es el Coordinador del Equipo Gestor de Camas. deberá contar con las habilidades descritas en la “Instrucción de trabajo para la caracterización del gestor

¹¹ Lucas, R. J., Boix, H., García, L. S., Cernada, M., de las Cuevas, I., & Couce, M. L. (2021, June). Recomendaciones sobre el perfil de competencias y estándares del sistema de traslado neonatal en España. In Anales de Pediatría (Vol. 94, No. 6, pp. 420-e1). Elsevier Doyma.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 13 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

de camas y métricas para la evaluación estandarizada en la gestión de las estancias hospitalarias en la CCSS”. En caso de ser necesario la conformación de un Equipo Gestor de Camas; el cual debe estar integrado por un equipo interdisciplinario según el análisis previo de las necesidades de los servicios de hospitalización, complejidad del hospital, costos, giro cama, tiempos de espera y complejidad de los procedimientos, programación de altas y seguimientos post egreso hospitalario. La propuesta de miembros para la integración multidisciplinaria del Equipo Gestor de Camas de cada hospital según complejidad contempla:

- Gestor de Camas (enlace directo con la Dirección General).
- Representante de Enfermería.
- Representante de Admisión o Registros y Estadística en Salud.
- Jefaturas de Servicios (Emergencias, Consulta Externa, Jefaturas de Sección) o sus representantes.


A este equipo, se le puede agregar, de acuerdo con los recursos de cada hospital y su complejidad:

- Representante de Trabajo Social.
- Representante de la Administración en caso necesario.
- Representante de Epidemiología en caso necesario.

El Gestor de camas, es el responsable de la coordinación de traslados de personas usuarias por medio del Sistema Institucional de Derivación de Usuarios (SIDU).

Hospital emisor o solicitante del traslado. establecimiento de salud donde la persona usuaria (mujer embarazada o persona recién nacida) recibe su atención inicial y desde el cual se coordina su traslado a otro centro de salud que ofrece servicios más especializados o de mayor complejidad necesarios para su condición.

Hospital receptor del traslado. Establecimiento de salud que acepta y recibe a una persona usuaria (mujer embarazada o a una persona recién nacida) trasladada desde el hospital emisor o solicitante, con el objetivo de brindarle atención especializada o de mayor complejidad que no tiene disponible. Este tipo de hospital cuenta con recursos, tecnología, infraestructura y personal capacitado para atender condiciones críticas o necesidades específicas de la persona usuaria. No necesariamente es parte de la Red de Servicios del hospital solicitante.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 14 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Hospital de referencia. establecimiento de salud que por Red de servicios le corresponde recibir en primera instancia a una persona usuaria que requiere sus servicios por complejidad o por disponibilidad de recurso humano. Puede ser o no en última instancia el hospital receptor.

Incubadora. Equipo instalado en el Servicio de Obstetricia, Sala de Operaciones, Servicio de Pediatría (área de personas recién nacidas) o Servicio de Neonatología, diseñado para mantener la termorregulación de la persona recién nacida.

Reubicación de personas usuarias. proceso mediante el cual una persona usuaria estable, atendida en un hospital de mayor complejidad, es trasladada a un hospital de menor complejidad que cuenta con los recursos necesarios para continuar su atención, con el fin de optimizar la disponibilidad de camas en el hospital de mayor nivel para pacientes con condiciones de mayor riesgo o gravedad.


Sistema Institucional de Derivación de Usuarios (SIDU). Plataforma en donde las unidades hospitalarias de la CCSS ingresan la información de disponibilidad de especialidades y de gestores en cada hospital por día, en jornada ordinaria y extraordinaria. De igual manera, los gestores ingresan la solicitud de traslado de un paciente al SIDU para que el CTI, gestione un espacio en un hospital con la especialidad o grado de complejidad que el usuario requiera.

Transporte neonatal. Proceso que se realiza para desplazar a una persona recién nacida del hospital emisor o solicitante al hospital receptor.

Transporte perinatal o in útero. Es el transporte de la madre gestante para la asistencia al parto, desde un centro que no dispone de los recursos adecuados para la situación de riesgo materno o para la asistencia del niño o niña antes de nacer, hasta otro centro de salud que sí dispone de dichos recursos en ese momento.

Traslado neonatal como sistema integral. Comprende un proceso integral que va más allá del simple transporte, e incluye la evaluación de la persona usuaria, la toma de decisiones clínicas, la búsqueda y selección del hospital adecuado, la estabilización previa, el transporte seguro y el ingreso organizado al hospital receptor.

Traslado neonatal de retorno. Proceso que se realiza desde el centro donde prestaron los cuidados a la persona recién nacida al centro más cercano al domicilio de la familia, una vez resuelta o estabilizada la condición que motivó el traslado o nacimiento. Permite optimizar

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 15 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

la disponibilidad de camas, reagrupar familias para que se encuentren más cerca de sus hijos hospitalizados, favorecer la relación interpersonal entre profesionales y reducir el costo sanitario¹².

2.2.2. ABREVIATURAS


En este apartado se incluyen para su comprensión las abreviaturas que se indican en el documento. Las abreviaturas se describen en orden alfabético.

- **CCSS.** Caja Costarricense de Seguro Social.
- **COREN.** Comisión para la Organización de la Red Neonatal.
- **DDSS.** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- **EDUS.** Expediente Digital Único en Salud.
- **CTI.** Centro de Traslados Institucional.
- **GETI.** Sistema de Gestión de Transporte Institucional.
- **HCG.** Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.
- **HM.** Hospital México.
- **HNP.** Hospital Nacional Psiquiátrico (Hospital Nacional de Salud Mental).
- **HNN.** Hospital Nacional de Niños.
- **HSJD.** Hospital San Juan de Dios.
- **IPC.** Incidente para contingencia - Sistema de Emergencias 9.1.1.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- **RN.** Recién Nacido.
- **SIDU.** Sistema Institucional de Derivación de Usuarios.

2.3. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN

Este protocolo de atención clínica nace de la iniciativa de documentar los esfuerzos elaborados a nivel institucional, validándolos con la evidencia científica más reciente, logrando estandarizar el proceso de traslado de personas usuarias durante el periodo perinatal

¹² Lucas, R. J., Boix, H., García, L. S., Cernada, M., de las Cuevas, I. & Couce, M. L. (2021, June). Recomendaciones sobre el perfil de competencias y estándares del sistema de traslado neonatal en España. In *Anales de Pediatría* (Vol. 94, No. 6, pp. 420-e1). Elsevier Doyma.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 16 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01


y neonatal en la red hospitalaria de los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El grupo ejecutor revisó la documentación institucional, realizó múltiples búsquedas avanzadas de evidencia científica nacional e internacional, seleccionó la información que más se adapta a las necesidades institucionales. Se realizaron reuniones virtuales para la construcción, exposición de cambios y/o propuestas al documento, además se incorporaron los aportes realizados y se discutieron con el equipo ejecutor vía digital con el fin de consolidar un documento técnico final.


2.4. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se mencionan los documentos normativos internacionales, nacionales e institucionales que respaldan el desarrollo de este manual.


CÓDIGO	NOMBRE	FECHA DE PUBLICACIÓN
NORMATIVA INTERNACIONAL		
NA	Convención Derechos del Niño.	1989
NA	Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.	1999
NA	Objetivo del Desarrollo Sostenible.	2016-2030
LEYES, DECRETOS, REGLAMENTOS Y PLANES NACIONALES		
NA	Constitución Política de Costa Rica	1949
Ley 7184	Convención Derechos del Niño. Ratificada en Costa Rica.	1990
Ley No. 7600	Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.	1996
Ley No. 7739	Código de la Niñez y la Adolescencia.	1998
Ley N° 8239	Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada	2002
Ley N° 3261	Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	2005

	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 17 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

Ley N°9078	Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial	2012
Ley N°. 9162	Expediente digital único en salud	2013
Ley N°. 5395	Ley General de Salud.	2014
Ley 10081	Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, postparto y atención del recién nacido.	2022
Ministerio de Salud N° 41120-S.	Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil,	2018
Ministerio de Salud N° 44623-S	Reglamento para la defensa y garantía de los derechos de las mujeres embarazadas y de la persona recién nacida en el contexto de la atención de su salud.	2023
NORMATIVA TECNICA INSTITUCIONAL CCSS		
NA	Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Salud. Reglamento.	1996
CCSS GA-DSI-ASG-C002	Traslado aéreo de pacientes en estado crítico de salud y egresos a comunidades de difícil acceso. Una CCSS renovada hacia el 2025.	2007
NA	Convenio sobre la prestación de los servicios de transporte, para el traslado de los pacientes asegurados dentro del territorio nacional, firmado por ambas partes	2009
NA	Reglamento del consentimiento informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense De Seguro Social	2012
NA	Guía para la identificación de casos clínicos con potencial conflicto bioético en los centros asistenciales de la Caja Costarricense De Seguro Social	2013
NA	Manual Metodológico para la construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS.	2016
NA	Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestación humanizada	2017

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 18 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

	y la pertinencia cultural en las Maternidades. Versión 1	
NA	Reglamento del expediente digital único en salud.	2018
MT.GM.DDSS. AAIP.091018 Versión 01	Manual de procedimientos atención del recién nacido con enfoque de cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Escenario Hospitalario,	2018
GM.DDSS. AAIP- 210520 Versión 01	Protocolo de atención clínica para el procedimiento médico vinculado con el artículo 121 del código penal: interrupción terapéutica del embarazo.	2020
NA	Manual Gestión Transporte Institucional. CCSS, versión 2	2020
L.GG. CENDEISSS- AB.07.01.2022	Lineamiento bioético para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la CCSS.	2022
MT.GM.DDSS. AAIP.260121 Versión 1	Protocolo clínico de la atención integral al embarazo, parto, y postparto en la red de servicios de salud.	2022
PAC.GM.DDSS. AAIP.PNSM.170523 Versión 01	Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana	2023
GA-DSI-ASG- PR014-2023	Apoyo traslado terrestre secundario de pacientes en estado crítico,	2023
L.GM. DDSS.AAIP- PSM- 12102023	Lineamiento para proteger y garantizar los derechos de la mujer, la familia gestante y del recién nacido mediante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto.	2023
MM.GM.DDSS.0308 23 Versión: 01	Manual Metodológico para el Análisis de los casos de Mortalidad Materna e Infantil Red de Servicios de Salud	2023
PAC.GM.DDSS. AAIP.PNSM.170523 Versión 01	Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana	2023
MG.GM.DDSS. AAIP.211223	Manual de Gestión para el Equipo Gestor de camas hospitalarias en la CCSS	2023

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 19 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01


GM-CENDEISSS-AB-MA-002 Versión 1	Manual sobre la comunicación de noticias difíciles en la atención clínica: Consideraciones Bioéticas	2024
PAC.GM.DDSS.AAI P.PNM.261022 Versión: 01	Protocolo Clínico de Atención para el manejo de la usuaria con Amenaza de Parto Prematuro y el Parto Prematuro	2024
GM-0691-2024,	Uso de WhatsApp en la coordinación de gestiones estratégicas relacionadas con el buen funcionamiento del servicio público de salud	2024
IT.GM.31072024	Instrucción de trabajo para la caracterización del gestor de camas y métricas para la evaluación estandarizada en la gestión de las estancias hospitalarias en la CCSS	2024
GA-CAED-GT024	Guía de funcionamiento del Centro de Traslados Institucional	2024
GM-AES-IT-002	Instructivo para la estandarización en la enumeración de las camas hospitalarias de la CCSS	2025
GM-6186-2025/GA-CAED-0443-2025	Traslado de pacientes a hospitales de mayor complejidad una vez agotada la red institucional hospitalaria	2025

2.5. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este protocolo de atención clínica es de aplicación obligatoria a nivel nacional en los establecimientos de salud hospitalarios y otros centros de nacimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Está dirigido al personal de salud que participa en el proceso de traslado de personas usuarias en el periodo perinatal y neonatal que requieren este servicio, dentro de la red hospitalaria institucional.

2.6. OBJETIVOS

- Definir el personal de salud que interviene durante el traslado de personas usuarias en periodo perinatal y neonatal en el hospital emisor y el hospital receptor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 20 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

- Establecer el flujograma de traslado de personas usuarias intra-útero y durante el periodo neonatal en la red de servicios de la CCSS según la clasificación del grado de complejidad de cada caso y la capacidad resolutoria de cada centro de la red.
- Definir el proceso de comunicación y coordinación entre el hospital emisor, el centro de traslado institucional y el hospital receptor de una persona usuaria gestante o una persona recién nacida.
- Categorizar a los hospitales de la CCSS según nivel de complejidad en la atención de personas usuarias gestantes o recién nacidas por red de servicios.

2.7. PERSONAL QUE INTERVIENE

En este protocolo participa el Centro de Traslado Institucional, en ocasiones radiocomunicaciones y todo el personal de salud que labora en el hospital emisor, hospital de referencia, hospital receptor, particularmente:


- Servicio de Gineco-Obstetricia.
- Servicio de Neonatología o Área de Neonatos del Servicio de Pediatría.
- Servicio de Enfermería.
- Servicio de Emergencias.
- Servicio de Transportes.
- Servicio de Laboratorio Clínico.
- Servicio de Radiología.

Los responsables de velar por el cumplimiento y rendición de cuentas del presente protocolo de atención clínica son los siguientes:

- Directores de Sede
- Directores (a) de Redes Integradas Prestación de Servicios de Salud
- Directores (as) Generales de Hospitales Nacionales y Especializados
- Directores (as) Generales de Hospitales Regionales y Periféricos
- Dirección de Red de Servicios de Salud.
- Jefaturas de los servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría y Neonatología.
- Directoras (es) de Enfermería, y Jefaturas de Enfermería que intervienen en el proceso de traslado perinatal y neonatal.

CONTENIDO



	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p><i>Página 22 de 88</i></p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p><i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i></p>

La Junta Directiva de la CCSS, en su artículo 8° de la sesión N° 9022, celebrada el 14 de marzo de 2019, establece una nueva organización para la gobernanza de la prestación de los servicios de salud. Los establecimientos de salud y dependencias de la CCSS operan bajo un modelo de redes, con un abordaje interniveles entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. Lo anterior busca asegurar la continuidad de la atención de los usuarios. Las oportunidades de trabajo en red, a nivel vertical u horizontal, según alternativas viables de distribución geográfica, complementariedad de servicios y otras, promueven una mejor gestión e incide en la sostenibilidad el sistema.

3.1. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS

Las Redes de Servicios de Salud se subdividen en Áreas de Salud, y estas a su vez en sectores de salud a los cuales se le asigna a cada uno equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), los cuales corresponden al I Nivel de Atención. También se cuenta con Hospitales Periféricos y Regionales los cuales conforman el II Nivel de Atención y asimismo Hospitales Nacionales y Hospitales Nacionales Especializados que forman el III Nivel de Atención que constituye el nivel de mayor complejidad de la institución.

Las redes son tuteladas por las Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud. Estas son instancias técnico-administrativas que asesoran al nivel operativo.

Por otra parte, la CCSS dividió el territorio nacional en regiones geográficas de acuerdo con la ubicación de sus establecimientos, por lo tanto, no son coincidentes con la oficial del país, ni tampoco con las del Ministerio de Salud” dichas regiones corresponden a las siguientes:

- Brunca.
- Central Norte.
- Central Sur.
- Chorotega.
- Huetar Atlántica.
- Huetar Norte.
- Pacífico Central.


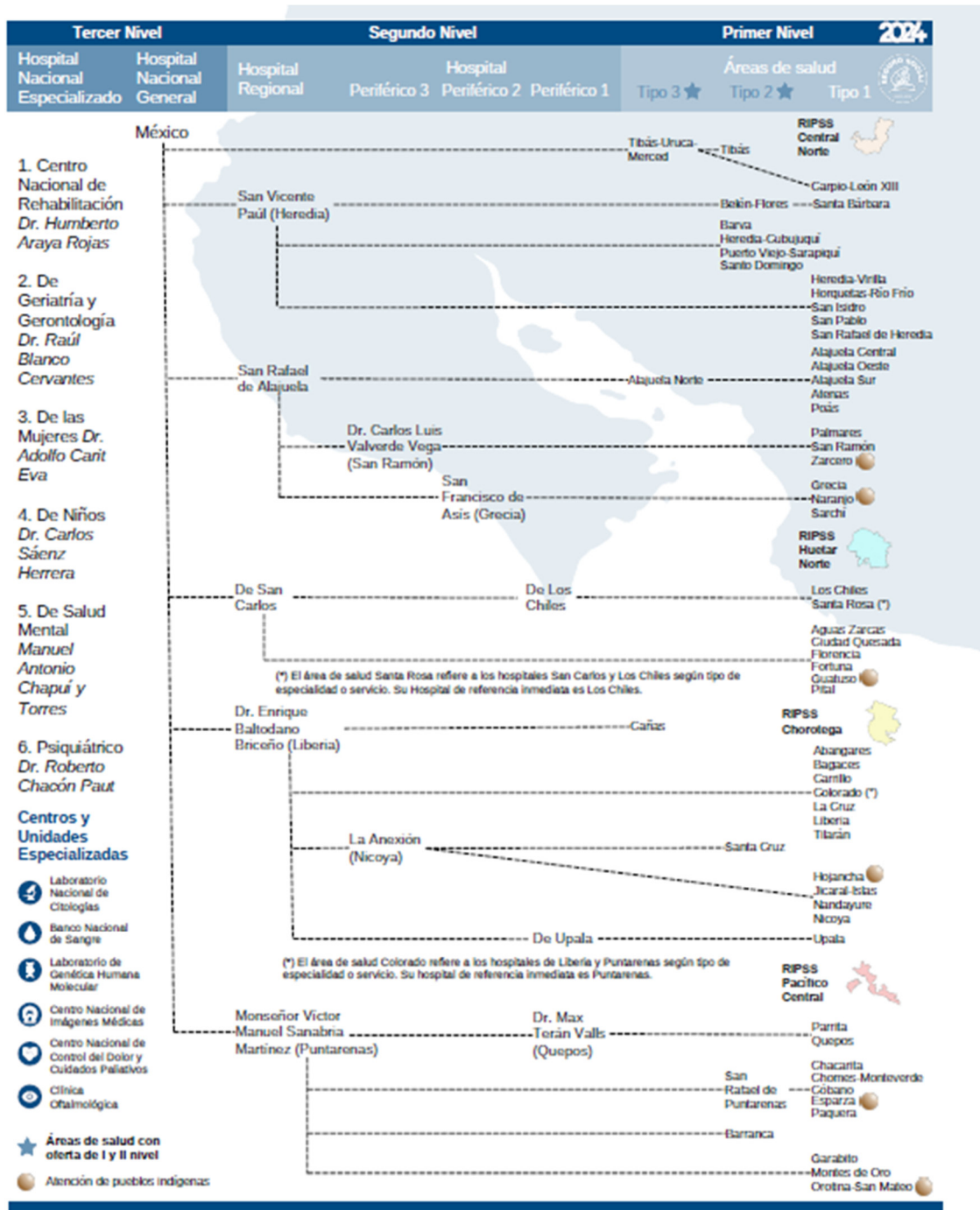
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 23 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

Figura 1. Distribución institucional geográfica del territorio nacional



Fuente. CCSS. Memoria Institucional 2022.

Figura 2. Diagramas de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)



Fuente. CCSS. Gerencia Médica, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, 2024.


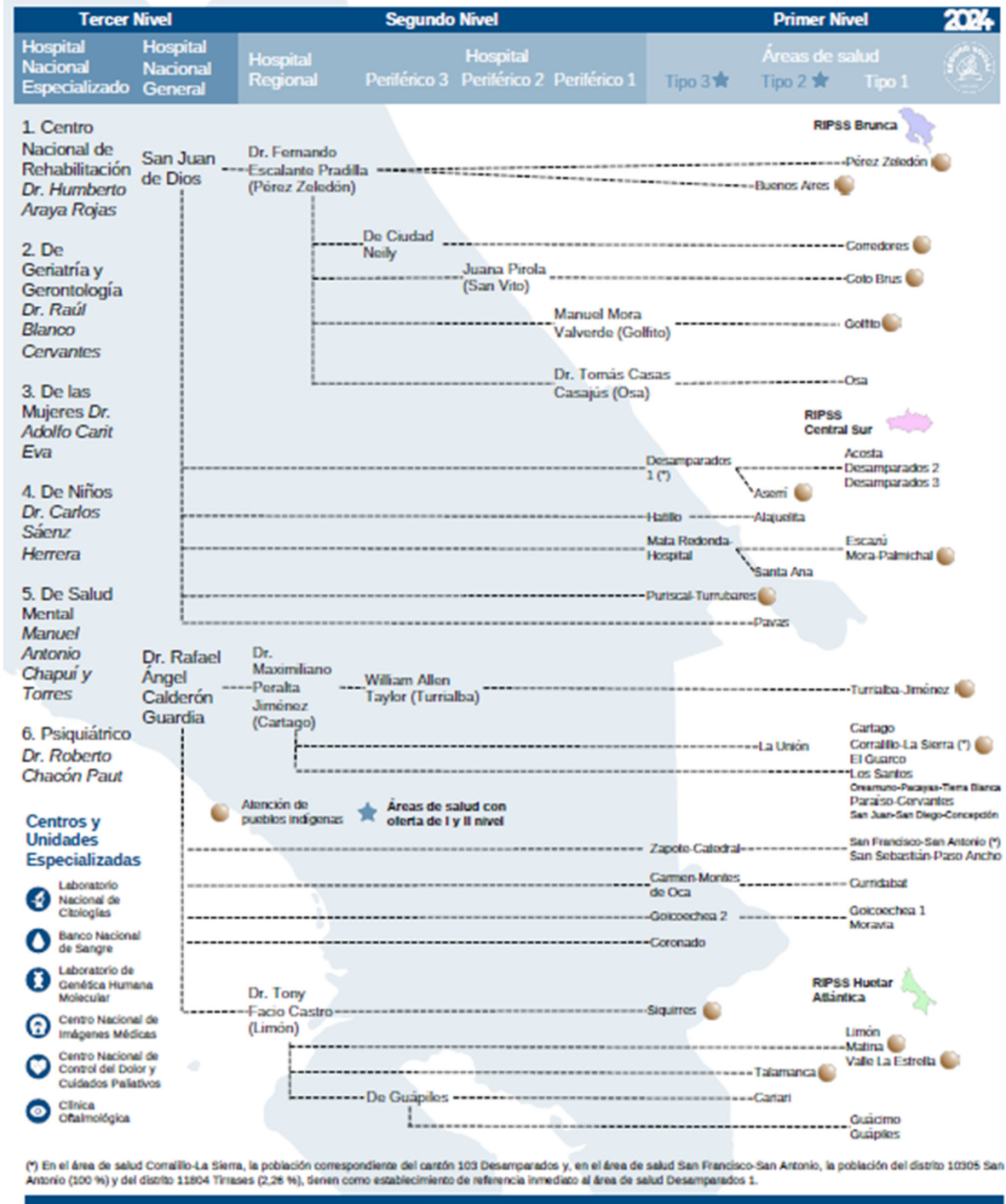


	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 25 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

Figura 3. Diagramas de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)



Fuente. CCSS. Informe de Gerencia Médica, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, 2024.

Figura 4. Categorización actual de los hospitales de la institución

Hospital Nacional Especializados (1)	Tercer Nivel			Segundo Nivel			
	Hospital General (2)		Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud	Hospital Regional	Hospital Periférico		
				Periférico 3	Periférico 2	Periférico 1	
1. Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas 2. De Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes 3. De las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva 4. De Niños Dr. Carlos Saénz Herrera 5. Psiquiátrico Dr. Manuel Antonio Chapuí 6. Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut	1. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia		Central Sur	1. Dr. Maximiliano Peralta Gutiérrez (Cartago) (2) (3)	1. Dr. William Allen Taylor (Turrialba)		
			Huetar Atlántica	2. Dr. Tony Facio Castro (Limon)	2. De Guápiles		
		2. México		Central Norte	3. San Rafael de Ajajuela	3. Dr. Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón)	1. San Francisco de Asís (Grecia)
				Chorotelega	4. San Vicente Paúl (Heredia) (4)	4. La Anexión (Nicoya)	1. De Upala
				Pacifico Central	5. Dr. Enrique Baltodano Briceño (Liberia)		2. Dr. Max Terán Valls (Quepos)
				Huetar Norte	6. Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (Puntarenas)		3. De Los Chiles
	3. San Juan de Dios		Brunca	7. De San Carlos	8. Dr. Fernando Escalante Pracilla (Pérez Zeledón)	5. De Ciudad Neilly (6) 2. De San Vito	4. Manuel Mora Valverde (Golfito) 5. Tomás Casas Casajús (Osa)

Fuente. CCSS. Informe Clasificación de Establecimientos de Salud, Gerencia Médica, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud, 2021

3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LA CCSS SEGÚN LA COREN

La Comisión para la Organización de la Red Neonatal (COREN) elaboró una clasificación de niveles de atención de la persona recién nacida, basada en la estructura de regionalización en 3 redes de atención (noroeste, este y sur), recomendaciones internacionales y comportamiento histórico de los nacimientos anuales de cada centro de salud. Para el año 2025 se realiza una actualización por medio del oficio COREN-002-2025 (Tabla 1).



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 27 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

Tabla 1. Clasificación de los Servicios de Neonatología y Pediatría en la CCSS

PARÁMETRO	NIVEL I	NIVEL II
Nacimientos locales anuales	< 1000	1000 a 2500
Tipo de hospital	Periférico	Periférico
Servicio encargado	Pediatría	Pediatría
Oferta de servicios	RN sin patologías previstas, problemas termorregulación, fototerapia y glicemias limítrofes	RN > 34 semanas y 2000 g. Estabilización del prematuro para traslado, oxigenoterapia, CPAP nasal, exanguineotransfusión y ventilación mecánica previa a traslado.
Camas (por 1000 nacidos vivos)	Cuidado básico: 3	Cuidado intermedio: 3 Cuidado básico: 2
Recurso humano médico	Pediatra	Pediatra
Observaciones	Todo hospital periférico debe contar con un espacio de estabilización para el paciente que requiere traslado.	

PARÁMETRO	NIVEL III A	NIVEL III A ESPECIAL	NIVEL III B
Nacimientos locales anuales	> 2500	> 2500	
Área de referencia	> 5000 nacimientos	Centro de referencia nacional	Centro de referencia nacional
Tipo de hospital	Hospitales Regionales	Hospitales Nacionales Nodo Obstétrico-Neonatal: <ul style="list-style-type: none"> • HOMACE • Hospital Monseñor Sanabria 	Hospital Nacional de Niños

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 28 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

SERVICIO ENCARGADO	NEONATOLOGÍA	NEONATOLOGÍA	NEONATOLOGÍA
Oferta de servicios	RN >28 semanas, VM convencional/alta frecuencia/ONi, NPT, soporte multisistémico, ET, drenaje pleural, CVC, valoración por cirugía/cardiología/oftalmología, procedimientos quirúrgicos menores, consulta de alto riesgo.	Igual nivel III A + <28 semanas, VAF, ONi, sin cirugía. Consulta alto riesgo.	Igual nivel III A especial + hipotermia, cirugía neonatal mayor, valoraciones por todas las especialidades. Consulta alto riesgo.
Camas (por 1000 nacidos vivos)	CI: 2 / CInt: 4-5 / CB: 2	CI: 2-3 / CInt: 4-5 / CB: 2	CI: 20 / CInt: 21
Recurso humano médico	Neonatólogos y pediatras 24h; neonatólogo 44h jefatura; 44h sala partos; horas según fórmulas; pediatra 44h alojamiento conjunto y seguimiento.		


Definiciones de Niveles de Cuidado

NIVEL	DESCRIPCIÓN
Cuidados intensivos (CI)	Para pacientes críticos inestables que requieren cuidados médicos y de enfermería permanentes, monitoreo, vigilancia y soporte vital avanzado.
Cuidados intermedios (CInt)	Para RN estables que requieren monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo permanente.
Cuidados básicos (CB)	Para RN totalmente estables, sin riesgo conocido, estudios o tratamientos simples, fototerapia o imposibilidad de estar junto a su madre.

Fuente. COREN-002-2025.

PROCESO DE TRASLADO IN ÚTERO Y NEONATAL



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 30 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

4. PROCESO DE TRASLADO IN ÚTERO Y NEONATAL

4.1. TRASLADO PERINATAL O IN ÚTERO


El **traslado perinatal o in útero**¹³⁻¹⁴ se refiere al transporte de una mujer embarazada a un centro médico con mayor nivel de complejidad para asegurar el bienestar de la madre y la persona que esta por nacer. Este traslado se realiza cuando el hospital emisor no cuenta con los recursos necesarios para atender las necesidades específicas de la madre o el feto que está por nacer.

Justificación del traslado in útero

- **Mejora de los resultados neonatales.** El traslado in útero disminuye la morbimortalidad neonatal en comparación con el traslado de la persona recién nacida después del parto. Esto se debe a que la persona que está por nacer se beneficia de un entorno más estable y controlado dentro del útero materno durante el traslado.
- **Acceso a cuidados especializados.** El traslado de la mujer embarazada permite que reciban atención en centros con mayor disponibilidad de especialistas, subespecialistas, unidades de cuidados intensivos y tecnología médica avanzada.
- **Atención oportuna:** El traslado oportuno a un centro de mayor nivel de atención puede ser crucial para el manejo de complicaciones maternas como preeclampsia, hemorragia, sepsis, entre otras. La atención temprana y especializada reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.
- **Regionalización de la atención perinatal.** El traslado de la mujer embarazada es un componente esencial de la regionalización de la atención perinatal, que busca optimizar la distribución de los recursos y ofrecer la mejor atención posible a las mujeres embarazadas y sus bebés.

¹³ Barnes, S. G., Sutliff, B., Wendel, M. P., & Magann, E. F. (2024). Maternal Transport, What Do We Know: A Narrative Review. *International Journal of Women's Health*, 16, 877–889. doi:10.1097/aog.0000000000005128

¹⁴ Moreno Hernando, J., Thió Lluch, M., Salguero García, E., Rite Gracia, S., Fernández Lorenzo, J. R., Echaniz Urcelay, I., ... Sánchez Luna, M. (2013). Recomendaciones sobre transporte neonatal. *Anales de Pediatría* (Barcelona, Spain: 1993), 78(2), 117.e1–117.e7. doi:10.1016/j.anpedi.2012.12.005

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 31 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Indicaciones para el traslado de la mujer embarazada y del niño o niña in útero

Condiciones Maternas que requieren traslado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero

- Enfermedad materna grave.
- Condición materna inestable que una vez estabilizada requiera de cuidados de mayor complejidad.
- Condición materna que por su complejidad no se pueda manejar en el centro emisor.
- Otras condiciones que por criterio del profesional en medicina o enfermería obstétrica tratante requiere otro nivel de atención.

Condiciones fetales que requieren del traslado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero

- Prematuridad por debajo de la edad gestacional que pueda atender el centro emisor.
- Malformación congénita que requiera manejo sub-especializado.
- Diagnóstico antenatal que requiera manejo sub-especializado.


Condiciones no médicas que ameritan traslado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero

- Falta de recurso humano (profesionales en medicina, especialistas en Ginecología, Anestesia, Pediatría, Neonatología, Enfermería Obstétrica entre otros), de infraestructura (sala de partos, quirófanos, otros servicios esenciales) o de equipo médico (incubadoras, monitores, oxígeno, etc.) para recibir el parto/cesárea.
- Plétora del servicio de Neonatología, Pediatría o Ginecoobstetricia.

Contraindicaciones para el traslado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero

Corresponde al profesional especialista en medicina gineco obstétrica tratante definir las condiciones que contraindican un traslado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero entre las que podrían ser:

- Condición materna inestable con probabilidad de deterioro rápido (Síndrome de HELLP, Shock séptico, Insuficiencia Respiratoria, Sangrado activo entre otros).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 32 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

- Condición fetal inestable o con probabilidad de deterioro rápido (sufrimiento fetal agudo).
- Parto inminente según criterio del profesional en medicina gineco obstétrica tratante.

IMPORTANTE

Corresponde al profesional especialista en medicina gineco-obstétrica tratante de la mujer embarazada definir cuándo la condición materna y/o fetal es inestable y cuándo el parto es inminente, sin posibilidad de realizar el traslado.


Además, es su responsabilidad informar oportunamente al profesional especialista en medicina pediátrica o neonatal a cargo de Sala de Partos sobre estas situaciones y las razones por las que el traslado de la mujer embarazada y del niño o niña in útero ya no es una opción, de manera que este, prepare su equipo de Reanimación Neonatal Avanzada para recibir y estabilizar, si se requiere, a la persona recién nacida.

Modalidades de transporte

- **Terrestre.** Ambulancias equipadas para la atención de pacientes obstétricas de alto riesgo.
- **Aéreo.** Helicópteros o avionetas con las condiciones adecuadas para este tipo de traslados, utilizados en casos de larga distancia o cuando se requiere mayor rapidez en el traslado.
- **Acuático.** En algunas regiones geográficas, como islas o costas, se utilizan embarcaciones acondicionadas para el traslado de pacientes.

Consideraciones adicionales

- **Evaluación del riesgo.** Antes de iniciar el traslado, se debe realizar una evaluación exhaustiva del estado de la mujer embarazada y el niño o niña in útero para determinar la necesidad y seguridad del traslado.
- **Estabilización previa al traslado.** Se deben tomar las medidas necesarias para estabilizar a la madre embarazada antes del traslado, como la administración de medicamentos, control de la presión arterial o soporte respiratorio. En el caso de traslados por prematuridad se debe útero inhibir, iniciar maduración pulmonar (si no se ha hecho antes) e iniciar profilaxis antibiótica si está indicada.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 33 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>


- **Comunicación efectiva.** La comunicación clara y oportuna entre el equipo de traslado, el hospital emisor, el hospital receptor y el personal del CTI, es fundamental para garantizar la continuidad y seguridad de la atención.
- **Asentimiento informado en menores de edad embarazadas.**

Para la realización del traslado de personas usuarias menores de edad embarazadas, se deberá brindar información al padre, madre o cuidador, si está presente, sobre la necesidad de traslado perinatal.

Figura 5. Traslado de una madre embarazada y un niño o niña in útero



Fuente. ChatGPT. (2025, abril 29). Imagen de una madre embarazada trasladada en ambulancia hacia otro hospital [Imagen generada por inteligencia artificial]. OpenAI. <https://chat.openai.com/>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 34 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

4.2. EQUIPO HUMANO Y ACCIONES PARA EL TRASLADO DE LA PERSONA USUARIA EN EL PERIODO PERINATAL O IN ÚTERO



El equipo profesional en salud para este tipo de traslado se divide en tres, que son:


- Equipo humano del Hospital Emisor o Solicitante.
- Equipo humano del Traslado.
- Equipo humano del Hospital Receptor.

Cada uno de estos equipos, está conformado por un conjunto de profesionales de salud y otros miembros del equipo, que tienen una serie de acciones en el proceso del traslado. Este se divide en 4 fases que son:


- **Fase 1.** Hospitalización, manejo y categorización del binomio (mujer embarazada + feto).
- **Fase 2.** Preparación para el traslado.
- **Fase 3.** Gestión del traslado
- **Fase 4.** Entrega y retorno.

En las Tablas 2, 3 y 4 se describen con detalle los aspectos relacionados con cada fase. Se incluye la descripción de equipo humano y acciones relevantes.

<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>TABLA 2</p> <p>HOSPITAL EMISOR O SOLICITANTE EQUIPO HUMANO Y ACCIONES SEGÚN FASE</p> </div> </div>	
 <p>Equipo humano</p>	<p>Profesional especialista en medicina gineco obstétrica Profesionales y personal en Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia.</p> <p>En los casos en que, por limitaciones de recurso humano, no se cuente con un profesional especialista en medicina ginecobstétrica, las decisiones relacionadas con el manejo clínico y el eventual traslado de la persona recién nacida deberán ser asumidas por el profesional en medicina y el profesional en Enfermería Obstétrica que se designe en el hospital, garantizando siempre la toma de decisiones fundamentadas en criterios clínicos, éticos y en el mejor interés de la persona usuaria.</p>


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 35 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Acciones de la Fase 1 Hospitalización, manejo y categorización del binomio mujer embarazada-feto)	<p>Hospitalización de la mujer embarazada El profesional de medicina tratante de la mujer embarazada hospitaliza a la madre, en el lugar que corresponda y comienza su manejo según condición.</p> <p>Categorización del nivel de complejidad de la mujer embarazada o feto que está por nacer (Tabla 4) El profesional en medicina tratante del Servicio de Ginecobstetricia, debe realizar la evaluación clínica. Esta puede acompañarse de los criterios clínicos del personal profesional en Enfermería Obstétrica. El objetivo es determinar el nivel de complejidad de la condición materno-fetal y así definir la oferta de servicios que la mujer embarazada o feto (si naciera) requieren en la red de servicios y si el hospital donde se encuentra la madre embarazada cuenta con la misma.</p> <p>Estabilización de la mujer embarazada Las personas profesionales en salud de medicina y enfermería tratantes, manejan la condición de salud de la mujer embarazada y la estabilizan, si es necesario.</p>
Acciones de la Fase 2 Preparación para el traslado	<p>Coordinación para el traslado Una vez que define que la mujer embarazada y el feto requieren traslado in útero, porque no presenta ninguna contraindicación, se procede con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona especialista en medicina gineco obstétrica del hospital emisor llama al especialista en medicina gineco obstetra del hospital de referencia según la clasificación de complejidad, explicando la condición de la madre y feto que está por nacer y que no presenta contraindicaciones para su traslado in útero. • La persona especialista en medicina gineco obstétrica del hospital de referencia llama al profesional especialista de medicina neonatal del Servicio de Persona recién nacida de su hospital, dando a conocer la situación y determinando el cupo disponible para el feto en caso de nacimiento en el hospital de referencia. • Si hay disponibilidad de cupo. La persona especialista en Gineco obstetricia del hospital de referencia, comunica a la persona especialista en Ginecobstetricia del hospital emisor, informando sobre la disponibilidad de cupo y se procede al traslado in útero. • En caso de que el hospital de referencia que corresponde según red de servicios y nivel de complejidad no cuenta con cupo disponible, se procede con el cumplimiento de los siguientes pasos:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 36 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La persona profesional en medicina tratante del Servicio de Ginecoobstetricia coordina con el gestor de camas local para gestionar el traslado.¹⁵ ✓ El gestor de camas local sube la solicitud al SIDU. ✓ El CTI inicia gestión del proceso de traslado, identifica al hospital receptor, facilita coordinaciones entre ambos centros y da seguimiento. ✓ La persona gestora de camas o el CTI informa al profesional en medicina tratante, cual es el hospital receptor para proceder con el traslado in útero. ✓ Si el hospital receptor lo requiere el profesional de medicina tratante del Servicio de Ginecoobstetricia se comunica vía telefónica con el profesional de medicina tratante del hospital emisor para brindar detalles u otra información requerida. ✓ El Hospital receptor confirma la realización del traslado. ✓ El CTI hace la actualización de la herramienta SIDU. <p>En el caso de que el CTI no identifique un hospital receptor</p> <ul style="list-style-type: none"> • El CTI procede a verificar en la red de servicios la posibilidad de reubicación de persona usuaria, si es posible se realiza el proceso • El CTI informa al gestor local de camas, cual es el hospital receptor para que se proceda con el traslado. <p>Si no hay posibilidad de reubicación de personas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este caso, el gestor del CTI informa al gestor local de la unidad hospitalaria solicitante de que no se encuentra hospital para la derivación. Según oficio GM-6186-2025/GA-CAED-0443-2025 del 24 de abril 2025, se explica a médico gestor local de la unidad médica solicitante del traslado que a pesar de las coordinaciones realizadas por el CTI no se encontró un hospital para derivar a la persona usuaria. Se indica que en caso de considerar que no pueden resolver o mantener a la persona usuaria en su centro médico puede ser enviado al hospital clase A correspondiente según área de adscripción; lugar que cuenta con mayor capacidad resolutive para atender la demanda de la emergencia, siempre dando aviso al hospital al que van a referir al momento de salida del traslado.
--	---

¹⁵ Normativa de gestión de camas

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 37 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

	<ul style="list-style-type: none"> El CTI contará con un tiempo de máximo de una hora para realizar las gestiones pertinentes excepto que por circunstancias fuera de su control y que son competencia del hospital receptor, no se pueda gestionar con la rapidez requerida. <p>Documentación</p> <p>Todas las intervenciones deben quedar debidamente anotadas en EDUS: la historia clínica, examen físico, abordaje, exámenes de laboratorio y gabinete realizadas. Se hace la referencia para realizar el traslado. La referencia debe contener entre otros elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Causa del traslado: esta se debe especificar de manera clara en el documento, junto con los procedimientos previos realizados. Tratamiento y evolución en el hospital emisor: se debe documentar todo el tratamiento para la estabilización previa al traslado, incluyendo resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete. <p>Conformación del equipo humano de traslado</p> <p>La persona profesional de medicina tratante del Servicio de Ginecología y Obstetricia solicita la conformación un equipo humano de traslado.</p> <p>Preparación del equipamiento</p> <p>Se debe verificar el equipamiento y medicamentos del maletín de traslado perinatal, requerido en caso de que se presentara el nacimiento en el medio de transporte (Anexo 2).</p> <p>Procedimientos de finalización de la atención en EDUS</p> <p>En el SIES Hospitalización los siguientes requisitos deben ser finalizados antes de realizar el traslado perinatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesional en medicina tratante da de alta a la madre embarazada, escogiendo el ícono respectivo del estado de esta en el EDUS. El personal de enfermería deberá hacer el procedimiento de cierre de la madre embarazada que se traslada en EDUS. Los funcionarios de REDES realizan el egreso de la madre embarazada en el sistema, por consiguiente, se cierra la atención de esta paciente en el hospital emisor para que pueda ingresarse en el Hospital Receptor.
--	--

Fuente. Elaboración propia.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 38 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01




TABLA 3
HOSPITAL EMISOR O SOLICITANTE
EQUIPO HUMANO Y ACCIONES DURANTE EL TRASLADO
PERINATAL


Equipo Humano	<p>Profesional en Medicina General responsable del traslado. Profesional en Enfermería Obstétrica: se excluye funcionarios como auxiliar de enfermería y asistente de pacientes.</p> <p>Chofer de traslado.</p> <p>Tanto el personal médico como de enfermería de este equipo humano deben de contar con la certificación del curso de reanimación neonatal avanzado.</p>
Acciones de la Fase 3: Atención durante el traslado	<p>Verificación de la estabilidad clínica Se reevalúa que todos los parámetros de estabilidad en la madre embarazada se cumplan para el traslado.</p> <p>Verificación de equipo de traslado y documentación Se verifica contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maletín de traslado perinatal y neonatal (Anexo 2). • Referencia de traslado. • Contactos telefónicos del equipo humano del hospital emisor y receptor. <p>Monitoreo constante de la mujer embarazada Se continúa con el monitoreo continuo de la mujer embarazada, feto y su condición.</p> <p>Comunicación con el centro receptor Se mantiene comunicación con los profesionales de la salud en medicina obstétrica y/o neonatal del centro emisor o receptor en caso de que se requiera.</p> <p>En caso de que el parto sea inminente o suceda durante el traslado debe valorarse la posibilidad de trasladarse al Servicio de Emergencias del hospital más cercano. El personal de este hospital será el responsable de la atención del binomio y de acuerdo con la condición clínica decidir</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 39 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	<p>si pueden (madre y/o recién nacido) permanecer en ese centro, trasladarse a un centro de mayor complejidad o de regreso al centro emisor.</p> <p>Este proceso de atención debe ser debidamente documentado en el EDUS por el personal del hospital responsable. Si se decide trasladar a ambos o uno de los usuarios, se conformará un nuevo equipo humano de traslado tomando en cuenta el destino, las competencias del personal de salud y disponibilidad de este, pudiendo conformarse por personal del hospital emisor o el hospital que atendió la emergencia o por ambos.</p>
Acciones de la Fase 4: Entrega y retorno	<p>Entrega de la mujer embarazada</p> <p>Al llegar al hospital receptor el personal de salud a cargo del traslado entrega a la mujer embarazada al profesional en medicina y enfermería, proporcionando un informe detallado sobre su condición, el tratamiento administrado durante el traslado si fue necesario y la historia clínica completa.</p> <p>Retorno al hospital emisor</p> <p>El equipo de traslado regresa al hospital emisor y prepara el material y el vehículo para futuras activaciones.</p>

Fuente. Elaboración propia.

<p style="text-align: center;">TABLA 4 HOSPITAL RECEPTOR EQUIPO HUMANO Y ACCIONES</p> 	
Equipo Humano	<p>Profesional especialista en Medicina Ginecobstetricia que recibe.</p> <p>Profesional especialista en medicina de emergencias u otro profesional especialista del Servicio de Emergencias que también puede recibir.</p> <p>Profesionales en Enfermería Obstétrica o Generales del hospital receptor.</p>
Acciones previas al traslado	<p>Atención a la llamada</p> <p>Se recibe la llamada de coordinación del traslado perinatal de parte del hospital emisor.</p> <p>Gestión de cama disponible</p> <p>Se genera los procesos internos para recibir a la mujer embarazada que viene en el traslado, esto implica también la información a todo el personal</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 40 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	de salud que va a estar involucrado en la atención de esta y del niño o niña que esta por nacer.
Acciones durante el traslado	Comunicación con el equipo de traslado Se mantiene atento a la comunicación del equipo de traslado para colaborar con el manejo o situaciones especiales.
Acciones al recibir el traslado	Recibir la mujer embarazada Se recibe a mujer embarazada en el servicio, verificando estabilidad de signos vitales, referencia y otros datos clínicos necesarios para la atención. Comunicación con el Servicio de Persona recién nacida: Se informa al personal del Servicio de Persona recién nacida la llegada de la mujer embarazada trasladada.

Fuente. Elaboración propia.

IMPORTANTE

Tomar en cuenta que, si bien el traslado materno ofrece beneficios significativos, no está exento de riesgos. Por ello la decisión de trasladar a una mujer embarazada debe ser tomada por un equipo de profesionales en medicina y enfermería, evaluando cuidadosamente los riesgos y beneficios en cada caso particular.

4.3. TRASLADO NEONATAL

Fases del traslado de una persona usuaria en el periodo neonatal

El traslado de una persona en el periodo neonatal implica más que el simple transporte de una persona recién nacida de un centro a otro, es un proceso sistemático que se divide en **cuatro fases esenciales** para garantizar la seguridad y el bienestar de niño o niña, durante todo el proceso.

Fase 1. Estabilización. Consiste en el abordaje y corrección de los problemas de salud inmediatos, para reducir los riesgos y complicaciones durante el traslado. Incluye corrección de trastornos metabólicos, control de la temperatura, asistencia ventilatoria, colocación de accesos vasculares, administración de medicamentos y otros.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 41 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

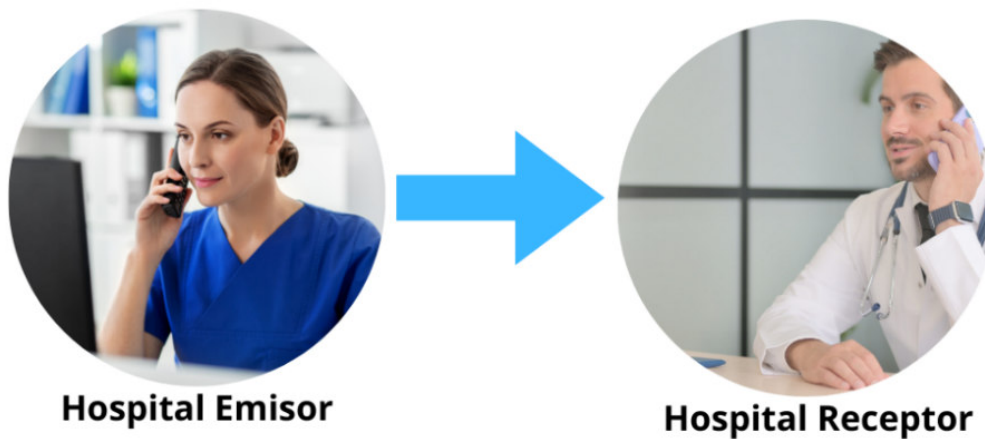
Figura 6. Estabilización de la persona recién nacida en el hospital emisor



Fuente. <https://www.hospitalserena.cl/compleja-cirugia-salva-la-vida-de-recien-nacido-en-la-serena/>

Fase 2. Preparación para el traslado. Implica una serie de pasos como son la categorización del riesgo de la persona recién nacida y la coordinación de todo el proceso de traslado.

Figura 7. Preparación para el traslado del personal de salud del hospital emisor en coordinación con el hospital receptor



Fuente. Elaboración propia con Canva.

Fase 3. Atención durante el traslado. Durante el viaje, el equipo de salud monitoriza continuamente a la persona recién nacida, registrando sus signos vitales y realiza las intervenciones que sean necesarias. Se presta especial atención a mantener la temperatura corporal del niño o niña, controlar la vía aérea y la respiración, y administrar medicamentos.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 42 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

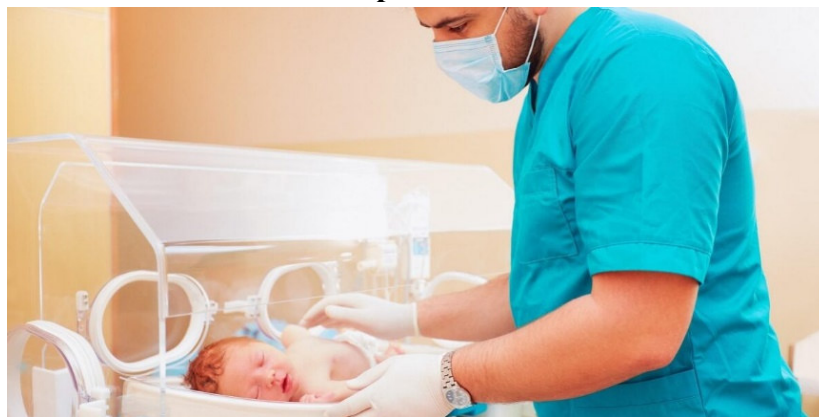
Figura 8. Atención durante el traslado de la persona recién nacida




Fuente. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/680313-minsa-traslado-a-recien-nacidos-y-a-bebe-de-2-anos-para-que-reciban-atencion-en-insn-de-brena-y-san-borja>

Fase 4. Transferencia y retorno. Una vez que la persona recién nacida llega al centro receptor, el equipo de traslado lo entrega al personal médico del hospital receptor y proporciona un informe detallado sobre su condición y el tratamiento administrado durante el viaje. El equipo de traslado regresa al hospital emisor. Se incluye todas las acciones y procedimientos para prepararse ante una nueva activación de traslado.

Figura 9. Transferencia de la persona recién nacida en el hospital receptor y retorno al hospital emisor



Fuente. <https://ifses.es/enfermeria-neonatal/>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 43 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Tipos de traslado

Los traslados pueden ser **programados** o **urgentes**:

Los **programados** son aquellos en los cuales la persona recién nacida se encuentra en un hospital emisor que cuenta con los elementos suficientes para estabilizarlo por un determinado período de tiempo, lapso supeditado a su patología y su estado clínico.

Puede tratarse de:

- Traslados para realización de estudios de alta complejidad.
- Traslados por necesidad de tratamiento específico o cirugía en un Centro de mayor complejidad.
- Traslados de retorno, luego de resulta la condición que motivó su referencia a un centro con mayor complejidad.

Los **urgentes** son aquellos cuya solicitud se da desde un hospital emisor que no cuenta con capacidad instalada (recurso humano capacitado, infraestructura y/o equipamiento) para resolver la condición de salud específica de la persona recién nacida.


4.4. EL EQUIPO HUMANO Y ACCIONES DURANTE EL TRASLADO DE LA PERSONA USUARIA EN PERIODO NEONATAL


Equipo humano para el traslado de una persona en periodo neonatal


El equipo profesional en salud para el traslado de una persona en periodo neonatal se divide en tres equipos que son:

- Equipo humano del Hospital Emisor.
- Equipo humano del Traslado.
- Equipo humano del Hospital Receptor.


Cada uno de estos equipos, está conformado por profesionales de salud que realizan o ejecutan acciones durante el proceso del traslado neonatal (Tablas 5, 6 y 7).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 44 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01


<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> TABLA 5 HOSPITAL EMISOR O SOLICITANTE EQUIPO HUMANO Y ACCIONES SEGÚN FASE </div> </div>	
Equipo humano	<p>Profesional especialista en Pediatría o Persona recién nacida. Profesionales y personal del Servicio de Enfermería. Profesional en Terapia Respiratoria si se dispone de este recurso.</p> <p>En los casos en que, por limitaciones de recurso humano, no se cuenta con un profesional especialista en pediatría o neonatología, las decisiones relacionadas con el manejo clínico y el eventual traslado de la persona recién nacida deberán ser asumidas por el profesional en medicina tratante que se designe en el hospital, garantizando siempre la toma de decisiones fundamentadas en criterios clínicos, éticos y en el mejor interés de la persona recién nacida.</p>
Acciones de la Fase 1: Estabilización	<p>Estabilización Las personas profesionales de salud realizan las medidas de estabilización, monitorizando constantemente los signos vitales, el estado respiratorio, la temperatura corporal y el balance de líquidos de la persona recién nacida.</p> <p>Manejo de la vía aérea Si es necesario, se realiza la intubación endotraqueal para asegurar una vía aérea permeable y proporcionar ventilación asistida.</p> <p>Acceso vascular Se establecen accesos vasculares seguros para la administración de líquidos, medicamentos y transfusiones.</p> <p>Monitoreo continuo Se monitorizan de forma continua los signos vitales, la saturación de oxígeno, la temperatura corporal, la presión arterial, la glucemia y otros parámetros relevantes.</p> <p>Control de la temperatura Dependiendo de la condición clínica puede o no ser necesaria la utilización de una incubadora de transporte.</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 45 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>


Acciones de la Fase 2: Preparación para el traslado	<p>Coordinación para el traslado</p> <p>Una vez que la persona recién nacida se ha estabilizado se procede con la fase 2 que implica los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona profesional en medicina tratante, determina el nivel de complejidad requerido para la atención de la persona recién nacida, según condición clínica, edad gestacional y peso al nacer (Tabla 10). • La persona profesional en medicina tratante, define cual es el hospital de referencia según la Red de Servicios de la CCSS que cuenta con capacidad resolutive para atender la condición de salud de la persona recién nacida (Tabla 10). • El profesional en medicina tratante realiza la coordinación con el profesional de medicina del Servicio de Neonatología de referencia según nivel de complejidad, para verificar espacio disponible. De contar con el espacio, este hospital se convierte en el hospital receptor y se procede al traslado neonatal. • El profesional de medicina del Servicio de Neonatología del Hospital Receptor solicita la información requerida para proceder con el traslado (Identificación, antecedentes perinatales, condición clínica, estudios de laboratorio y gabinete solicitados, estabilidad clínica), para proceder con la siguiente fase. <p><u>En caso de que el hospital de referencia según nivel de complejidad que corresponde de acuerdo con la red de servicios <u>no cuente con cama disponible</u></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona profesional en medicina tratante coordina con el gestor de camas local para subir solicitud de traslado a SIDU. • La persona gestora de camas local sube la solicitud al SIDU. • El CTI inicia gestión del proceso de traslado. • La persona gestora de camas o el CTI informa al hospital emisor, cual es el hospital receptor para proceder con el traslado. • Si el hospital receptor lo requiere el profesional de medicina tratante se comunica vía telefónica con el profesional de medicina del servicio o área de Neonatología, del hospital receptor para brindar detalles u otra información requerida.
--	---

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 46 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

	<ul style="list-style-type: none"> • El Hospital receptor confirma la realización del traslado. • El CTI hace la actualización de la herramienta SIDU. <p>En el caso de que el CTI no identifique un hospital receptor</p> <ul style="list-style-type: none"> • El CTI procede a verificar en la red de servicios la posibilidad de reubicación de personas usuarias, si es posible se realiza el proceso • El CTI informa al gestor local de camas, cual es el hospital receptor para que se proceda con el traslado. <p>Si no hay posibilidad de reubicación de personas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • En este caso, el gestor del CTI informa al gestor local de la unidad hospitalaria solicitante de que no se encuentra hospital para la derivación. Según oficio GM-6186-2025/GA-CAED-0443-2025 del 24 de abril 2025, se explica a médico gestor local de la unidad médica solicitante del traslado que a pesar de las coordinaciones realizadas por el CTI no se encontró un hospital para derivar a la persona usuaria. Se indica que en caso de considerar que no pueden resolver o mantener a la persona usuaria en su centro médico puede ser enviado al hospital clase A correspondiente según área de adscripción; lugar que cuenta con mayor capacidad resolutive para atender la demanda de la emergencia, siempre dando aviso al hospital al que van a referir al momento de salida del traslado. • El CTI contará con un tiempo de máximo de una hora para realizar las gestiones pertinentes excepto que por circunstancias fuera de su control y que son competencia del hospital receptor, no se pueda gestionar con la rapidez requerida. <p>Documentación</p> <p>Todas las intervenciones deben quedar debidamente anotadas en EDUS: la historia clínica, examen físico y todas las intervenciones, exámenes de laboratorio y gabinete realizadas.</p> <p>La referencia debe contemplar la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes prenatales, perinatales y familiares. Los antecedentes de importancia patológicos y no patológicos de la madre y el padre, así como los antecedentes familiares relevantes,
--	--

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 47 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	<p>deben ser interrogados y anotados. Se debe consignar en forma clara todo lo relacionado con el embarazo actual, incluyendo resultados de análisis de laboratorio y gabinete.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes del parto. Anotar las condiciones y evolución del parto son fundamentales para el manejo y el pronóstico posterior. Estos deben incluir estado al nacer, Apgar, edad gestacional, antropometría y vacunación, necesidad de reanimación y qué medidas se implementaron. • Causa del traslado. Esta se debe especificar de manera clara en el documento, junto con los procedimientos previos realizados. • Tratamiento y evolución en el lugar de origen. Se debe documentar todo el tratamiento para la estabilización previa al traslado, incluyendo resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete. <p>Conformación del equipo humano de traslado neonatal La persona profesional de medicina tratante solicita la conformación un equipo humano de traslado. Cada situación puede ser diferente requiriendo para casos críticos: profesional en medicina, profesional en enfermería y según disponibilidad profesional en terapia respiratoria.</p> <p>Preparación del equipamiento Se verifica el funcionamiento de la incubadora de transporte, la disponibilidad de oxígeno y aire comprimido, y se verifica el maletín de traslado neonatal con el equipamiento y medicamentos necesarios (Anexo 2).</p> <p>Identificación La persona recién nacida debe ir debidamente identificada con dos brazaletes en sus miembros, los datos que estos contienen deben confrontarse con los escritos en la documentación.</p> <p>Preparación para el transporte Se asegura a la persona recién nacida en la incubadora de traslado, se verifica estabilidad clínica (Anexo 3), la conexión a los equipos de monitoreo y soporte vital y maletín de traslado neonatal.</p>
--	--

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 48 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	<p>Información a la madre, padre o persona cuidadora Se informa a los padres sobre la necesidad del traslado, el proceso, y los posibles riesgos y el nombre del hospital receptor. Se indica claramente el hospital receptor donde se hará el traslado.</p> <p>Procedimientos de finalización de la atención en EDUS En el SIES Hospitalización los siguientes requisitos deben ser finalizados antes de realizar el traslado neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona profesional en medicina tratante da de alta a la persona recién nacida, escogiendo el ícono respectivo del estado de este en el EDUS. • El personal de enfermería deberá hacer el procedimiento de cierre de la personal recién nacida que se traslada en EDUS. • Las personas funcionarias de REDES realizan el egreso de la persona recién nacida en el sistema, por consiguiente, se cierra la atención de este paciente en el hospital emisor para poder ser ingresado en el Hospital Receptor.
--	--

Fuente. Elaboración propia.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 49 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01




TABLA 6
HOSPITAL EMISOR O SOLICITANTE
EQUIPO HUMANO Y ACCIONES DURANTE EL TRASLADO
NEONATAL


Conformación	<p>Profesional en Medicina Tratante. Profesionales en Enfermería: se excluye funcionarios como auxiliar de enfermería y asistente de pacientes. Profesional en Terapia Respiratoria si se dispone de este recurso. Chofer de traslado.</p> <p>Tanto el personal médico como de enfermería de este equipo humano deben de contar con la certificación del curso de reanimación neonatal avanzado.</p>
Acciones de la Fase 3: Atención durante el traslado	<p>Verificación de la estabilidad clínica Se reevalúa que todos los parámetros de estabilidad clínica de la persona recién nacida se cumplan para el traslado (Anexo 3).</p> <p>Verificación de equipamiento y maletín de traslado neonatal y documentación Se verifica el funcionamiento de la incubadora de transporte, la disponibilidad de oxígeno y aire comprimido, y se prepara el maletín de traslado con el equipamiento y medicamentos necesarios. Se recibe referencia de traslado, carne de desarrollo integral del recién nacido (librito azul) y contactos del equipo humano del hospital receptor.</p> <p>Monitoreo constante de la persona recién nacida Se continúa con el monitoreo continuo de los signos vitales, la saturación de oxígeno, la temperatura corporal, la presión arterial, la glucemia y otros parámetros relevantes.</p> <p>Manejo de complicaciones Se debe estar preparado para manejar cualquier complicación que pueda surgir durante el traslado, como alteraciones respiratorias, cardiovasculares, metabólicas o neurológicas.</p> <p>Comunicación con el centro receptor Se mantiene comunicación con el centro receptor para informar sobre la evolución de la persona recién nacida durante el traslado y coordinar la llegada.</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 50 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>


	<p>En situación de emergencia ante inestabilidad clínica de la persona recién nacida de manera súbita durante el traslado y que no se pueda atender adecuadamente en el medio de transporte, el personal de salud a cargo puede decidir trasladar a la persona recién nacida al servicio de emergencias del hospital más cercano al lugar donde ocurre la situación para estabilizar al niño o niño y luego continuar con el traslado al hospital receptor.</p>
Acciones de la Fase 4: Transferencia y retorno	<p>Entrega de la persona recién nacida Al llegar al hospital receptor, se entrega a la persona recién nacida al profesional en medicina, proporcionando un informe detallado sobre su condición, el tratamiento administrado durante el traslado y la historia clínica completa.</p> <p>Retroalimentación del centro receptor Se recibe retroalimentación del centro receptor sobre la condición de la persona recién nacida y los cuidados posteriores.</p> <p>Retorno al hospital emisor El equipo de traslado regresa al hospital emisor y prepara el material y el vehículo para futuras activaciones.</p>

Fuente. Elaboración propia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 51 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

<p style="text-align: center;">TABLA 7 HOSPITAL RECEPTOR EQUIPO HUMANO Y ACCIONES</p> 	
Equipo humano	Profesional especialista en Pediatría, Neonatología que recibe. Profesionales en Enfermería del servicio.
Acciones previas al traslado	<p>Atención a la llamada Se recibe la llamada de coordinación del traslado de parte del hospital emisor.</p> <p>Coordinación y análisis del caso Se discute el caso entre el profesional en medicina tratante y el equipo de Neonatología del hospital receptor, valorando la necesidad del traslado y las consideraciones éticas según la condición clínica de la persona recién nacida. Se dan recomendaciones para la estabilización del paciente en caso necesario.</p> <p>Gestión de cama disponible Se genera los procesos internos para estar preparado para recibir a la persona recién nacida que viene en el traslado.</p>
Acciones durante el traslado	<p>Comunicación con el equipo de traslado Se mantiene atento a la comunicación del equipo de traslado para colaborar con el manejo o situaciones especiales.</p>
Acciones al recibir el traslado	<p>Recibir la persona recién nacida Se recibe a la persona recién nacida en el servicio, verificando estabilidad de signos vitales, referencia y otros datos clínicos necesarios para la atención.</p> <p>Retroalimentación Si es necesario se realiza retroalimentación al personal de salud de traslado como parte de la mejora continua.</p>

Fuente. Elaboración propia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 52 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

IMPORTANTE

Es responsabilidad del personal de salud del hospital emisor o solicitante garantizar la ejecución adecuada de todas las fases del traslado de la persona recién nacida, desde la preparación inicial hasta su entrega formal al personal de salud del hospital receptor.

Asimismo, es de esperar que el personal de salud que participa en el proceso de traslado de personas durante el periodo perinatal y neonatal cuente con la certificación vigente y con actualización periódica en reanimación neonatal avanzada y transporte neonatal, de conformidad con los lineamientos establecidos por la institución y las buenas prácticas clínicas.

4.5. EQUIPAMIENTO Y MEDICAMENTOS

El personal de Enfermería y Medicina que laboran en los Servicios de Pediatría o Neonatología y Ginecoobstetricia, son los responsables de generar un inventario y control de los equipos e insumos que se requieren para un adecuado traslado neonatal y perinatal.

En el Anexo 2 se presenta una lista de chequeo que debe ser incorporada en la rutina de servicios y debe ser verificada al menos una vez por turno o según necesidad (por ejemplo, posterior a un traslado). La jefatura de estos servicios (Pediatría, Neonatología, Ginecoobstetricia y Enfermería) deben establecer **un protocolo interno** con los responsables y el programa de revisión del maletín de transporte tanto para traslado de la persona usuaria en periodo perinatal como neonatal.

Las personas profesionales en salud responsables de esta revisión deben informar por escrito a la Jefatura inmediata, si hay carencia o falla en alguno de los mismos, y gestionar según corresponda, su adquisición, cambio, mantenimiento o compra, según lo pertinente. Los insumos, equipo y medicamentos que se requieren para la atención de la persona recién nacida ante complicaciones más comunes se describen en las Tablas 8 y 9.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 53 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

Tabla 8. Equipo para traslado perinatal y neonatal

🏥 EQUIPAMIENTO

Incubadora de transporte /camilla de traslado para madre embarazada.

Monitor de frecuencia cardiaca, presión arterial y oximetría de pulso

Brazaletes para presión arterial

Sensores de oximetría

Estetoscopio

Equipo para vía aérea

- Laringoscopio (hojas #00, #0, #1)
- Tubos endotraqueales: Tamaños 2.5, 3, 3.5 y 4.
- Bolsa autoinflable y/o reanimador en T
- Mascarillas (prematuro y de término)
- Nasocánulas
- Conexiones de oxígeno
- Mascarilla laríngea N° 1

Equipo de aspiración mecánica y manual

Ventilador de transporte, mascarilla autoinflable y reanimador en T

Cilindros de aire comprimido y oxígeno

Mezclador de gases

Catéteres umbilicales.

Bombas de infusión con baterías

Glucómetro

Guantes estériles

Tijeras

Esparadrapo y apósito adhesivo estéril

Gasa estéril

Clorhexidina y alcohol

Termómetro

Sondas de aspiración 8 F y 10 F

Sondas orogástricas # 5, 8

Jeringas 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml


Catéteres venosos periféricos 20, 22 y 24 G

Agujas #18, 20 y 22 y peri craneales

Conexiones de suero

Llaves de tres vías

Delantal y campos estériles

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 54 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

ATENCIÓN AL PARTO

Fetoscopio o doppler fetal (cargado)

Tijeras (mayo y episiotomía).

Vacuum.

Incluir ropa para la persona recién nacida y al menos 1-2 sábanas limpias

Clamp

Pera

Equipo de Instrumental atención de parto, equipo de sutura, e hilo crómico al menos un par de 2-0, 3-0 por una eventual atención en situación de vasos sangrantes.

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 9. Medicamentos para el traslado neonatal

MEDICAMENTOS DEL MALETÍN DE TRASLADO PERINATAL Y NEONATAL

Adrenalina o Epinefrina base 1 mg/mL (1:1000) (como epinefrina hidrocloreto). Solución estéril inyectable. Ampolla con 1 mL

Agua destilada


Fenobarbital sódico 50 mg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 1 mL

Solución fisiológica

Solución glucosada 10 %

Solución glucosada 5 %

Fuente. Elaboración propia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 55 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

4.6. VEHÍCULO DE TRANSPORTE

La elección del medio de transporte para el traslado depende de los siguientes aspectos:

- Gravedad de la enfermedad.
- Disponibilidad del medio de transporte y personal.
- Tiempo estimado de traslado interhospitalario.
- Distancia y condición de las vías.
- Características geográficas.
- Clima.

IMPORTANTE

De acuerdo con el análisis clínico de cada caso particular, el equipo humano del hospital emisor es el responsable de decidir el tipo de vehículo de transporte.


En cuanto al transporte aéreo u otros medios, se debe gestionar en base a la normativa vigente emitida por la Dirección de Servicios Institucionales de la CCSS. En este enlace se puede acceder a la misma:

<https://cajacr.sharepoint.com/sites/GADSI/SitePages/DocumentosDSI.aspx>

5. ASPECTOS BIOÉTICOS Y DERECHOS HUMANOS

Introducción

Los principios bioéticos y los derechos humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento constituye una base primordial para garantizar la dignidad de las personas atendidas en los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro. En este sentido, es importante abordar el traslado de personas durante el periodo perinatal y neonatal desde una perspectiva bioética centrada en la persona, entendiendo que este no debe concebirse como un fin operativo en sí mismo, sino como un medio para garantizar una

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 56 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

atención integral, oportuna y digna, tanto para la madre embarazada y la persona in útero, como para la persona recién nacida.

Asimismo, hay que destacar que el traslado debe entenderse como una fase dentro del continuum de cuidado, y no como una interrupción del proceso de atención. Por lo tanto, este protocolo de atención clínica debe ir más allá de la eficiencia operativa, enfocándose en preservar la dignidad, seguridad y bienestar de las personas usuarias, fortaleciendo la articulación entre los distintos niveles de atención en las redes integradas y promoviendo una atención humanizada.


En esta línea, la atención de las personas usuarias durante el transporte en el periodo perinatal y neonatal debe ser, además, **accesible, oportuna, continua y segura**, con **pertinencia cultural e inclusiva**, y desarrollarse conforme a los siguientes principios.

Principios bioéticos aplicables

Principio de autonomía

Este principio se entiende como la capacidad de las personas usuarias o sus representantes legales para deliberar sobre sus decisiones y actuar conforme a ellas. En el contexto del transporte en el periodo perinatal y neonatal, esto se concreta mediante:

- La **divulgación de los derechos y deberes** a las personas gestantes o responsables legales del recién nacido, especialmente en el hospital emisor o solicitante donde se realiza la estabilización y coordinación del traslado, para fomentar la participación y conocimiento de la situación.
- La **educación en salud** previa al traslado, que aborde aspectos biológicos, emocionales y sociales, tanto del procedimiento de transporte como de los cuidados necesarios durante el proceso. Esta puede ser brindada en forma individual por el personal de salud capacitado.
- En caso de personas usuarias indígenas, se garantizará la participación de un intérprete cuando así lo soliciten. De igual forma, se brindarán los apoyos necesarios a personas con discapacidad o que requieran acompañamiento especial.
- En los casos en que se presenten tensiones entre la decisión de la familia y la recomendación médica, se podrá solicitar la asesoría del Comité de Bioética Clínica del centro.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 57 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Principios de beneficencia y no maleficencia


Estos principios orientan la atención hacia el bienestar de las personas usuarias, minimizando los riesgos. En el caso del transporte perinatal y neonatal, se aplican mediante:

- La **estandarización de los procesos de estabilización, coordinación y traslado**, con base en la mejor evidencia científica disponible, y considerando la variabilidad biológica del binomio madre-hijo, el nivel de complejidad del centro, los recursos disponibles y las características socioculturales.
- La identificación y mitigación de riesgos específicos durante el traslado, como hipotermia, hipoxia, desestabilización hemodinámica, o deterioro emocional de la persona gestante.
- La **formación continua** del personal involucrado en estos procesos, incluyendo capacitaciones en bioética, derechos humanos, y manejo de emergencias en transporte neonatal.
- La **evaluación periódica de indicadores de calidad**, tales como tiempos de respuesta, condiciones clínicas al egreso y resultados en el centro receptor. Esta evaluación será responsabilidad de la jefatura del servicio cada semestre, y se hará del conocimiento del personal del servicio.

Principio de justicia

Este principio guía la distribución equitativa de los recursos. En el caso de los traslados de las personas usuarias en periodo perinatal y neonatal:

- La atención durante el traslado debe reconocer la condición de vulnerabilidad física, emocional y social tanto de las personas gestantes como de los recién nacidos. Esto implica:
 - Garantizar entornos de atención seguros y respetuosos.
 - Evitar el uso de prácticas que generen estrés innecesario en la persona trasladada.
 - Priorizar la empatía, el acompañamiento y el apoyo emocional en cada fase del proceso.
- La asignación de los medios de transporte, equipos de estabilización y personal capacitado será determinada según la prioridad clínica, sin distinción de condición socioeconómica, zona geográfica o pertenencia étnica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 58 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

- Las personas usuarias ubicadas en centros que no cuenten con los recursos necesarios para la estabilización y transporte serán referidas a los centros de mayor nivel resolutivo designados por la red de servicios.
- En caso de identificarse inequidades en el acceso o la calidad del traslado, el personal deberá reportarlas a la jefatura correspondiente para el análisis y aplicación de medidas correctivas.
- Se priorizará la atención de las personas más vulnerables, incluyendo madres adolescentes, personas gestantes con complicaciones, y personas recién nacidas en estado crítico.


La CCSS se compromete a mantener este protocolo como un instrumento sujeto a evaluación continua y actualización basada en evidencia, experiencia clínica y principios bioéticos. El personal puede remitir recomendaciones, críticas o propuestas de mejora al correo: rmoyav@ccss.sa.cr. Esto garantiza una construcción colectiva y ética del proceso de atención.

6. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

RED INSTITUCIONAL DE SERVICIOS PERINATAL, NEONATAL SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD

Tabla 10. Clasificación del nivel de complejidad según perfil de la persona usuaria en el periodo perinatal y neonatal en la red de servicios hospitalarios


HOSPITAL NIVEL I	
NIVEL DE COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Embarazos de término sin complicaciones Recién nacidos de término sin patologías previstas. Recién nacidos con problemas termorregulación. Recién nacidos que requieren fototerapia. Recién nacidos que presenta glicemias limítrofes.
RED SUR	Hospital de Ciudad Neilly. Hospital Tomás Casas de Ciudad Cortes. Hospital Juana Pirola, de San Vito. Hospital Manuel Mora Valverde de Golfito.
RED NOROESTE	Hospital de Upala Hospital de los Chiles. Hospital Max Terán Valls de Quepos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 59 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

	Hospital San Francisco de Asís de Grecia.
--	---

HOSPITAL NIVEL II	
NIVEL DE COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las condiciones de nivel de complejidad de nivel I, además: • Mujeres embarazadas ≥ 34 semanas de gestación, sin otra condición que requiera un nivel de atención de mayor complejidad • Recién nacidos con edad gestacional ≥ 34 semanas • Recién nacidos con peso al nacer mayor de 2000 gramos • Recién nacidos que requieren estabilización previa al traslado. • Recién nacidos que requieran soporte ventilatorio con oxigenoterapia o CPAP • Recién nacidos que requieran exanguinotransfusión. • Recién nacidos que requieren ventilación mecánica previa al traslado.
RED ESTE	Hospital William Allen de Turrialba. Hospital de Guápiles.
RED SUR	Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla de Pérez Zeledón.
RED NOROESTE.	Hospital de la Anexión de Nicoya. Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

HOSPITAL NIVEL III A	
NIVEL DE COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las condiciones del nivel de complejidad I y II, además: • Mujeres embarazadas ≥ 28 semanas, sin otra condición que requiera un nivel de atención de mayor complejidad. • Recién nacidos con edad gestacional ≥ 28 semanas. • Recién nacidos con necesidad de ventilación convencional/alta frecuencia/óxido nítrico. • Recién nacidos con necesidad de nutrición parenteral. • Recién nacidos que requieren soporte multisistémico • Recién nacidos con catéter venoso central • Recién nacidos con drenaje pleural • Recién nacidos que requieren valoración por cirugía, cardiología, oftalmología pediátrica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 60 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

	<ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos que requieren procedimientos quirúrgicos menores
RED ESTE	Hospital Dr. Toni Facio Castro de Limón. Hospital Max Peralta de Cartago.
RED NOROESTE.	Hospital San Vicente de Paul en Heredia. Hospital San Rafael de Alajuela. Hospital de San Carlos. Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia.


HOSPITAL NIVEL III A ESPECIAL

NIVEL DE COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las condiciones de nivel de complejidad I, II y III, además: • Mujeres embarazadas con una edad gestacional $\leq 27+6$ semanas. • Mujeres embarazadas con diagnóstico prenatal de malformaciones o condiciones congénitas complejas que requieran de valoración o manejo en el HNN. • Recién nacidos con edad gestacional $\leq 27+6$ semanas. • Recién nacidos que requieren hipotermia terapéutica
RED ESTE	Hospital Dr. Calderón Guardia
RED SUR	Hospital San Juan de Dios
RED NOROESTE.	Hospital México.
HOSPITAL ESPECIALIZADO	Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit.

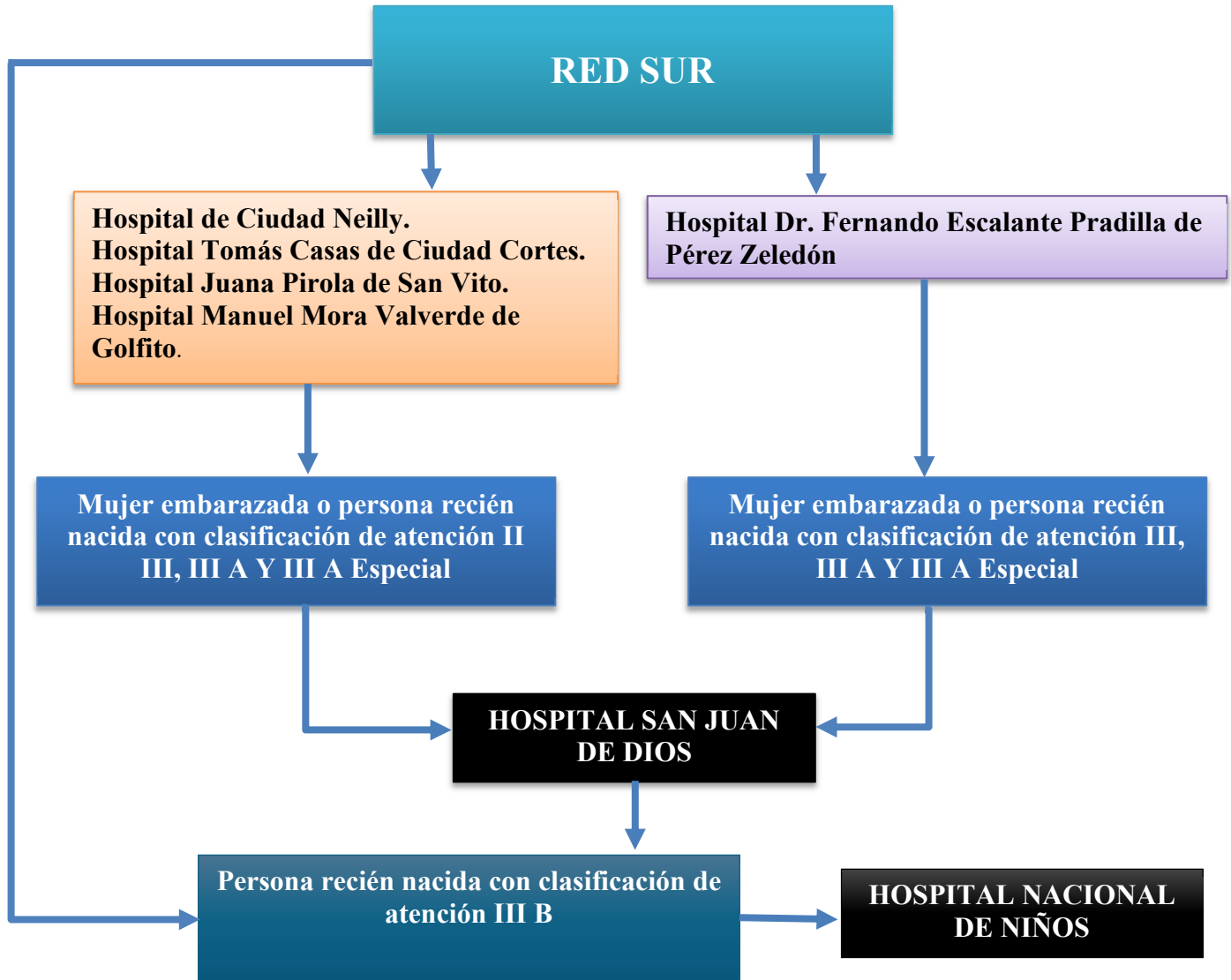
HOSPITAL NIVEL III B

NIVEL DE COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos con necesidad de cirugía mayor • Recién nacidos con necesidad de valoración por subespecialidades pediátricas y quirúrgicas • Recién nacidos que requieren hipotermia terapéutica
HOSPITAL ESPECIALIZADO	Hospital Nacional de Niños: Dr. Carlos Sáenz Herrera.

Fuente. Comisión para la Organización de la Red Neonatal.


	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 61 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

ALGORITMO 1
DERIVACIÓN EN LA RED DE SERVICIOS SUR SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA O IN ÚTERO¹⁶

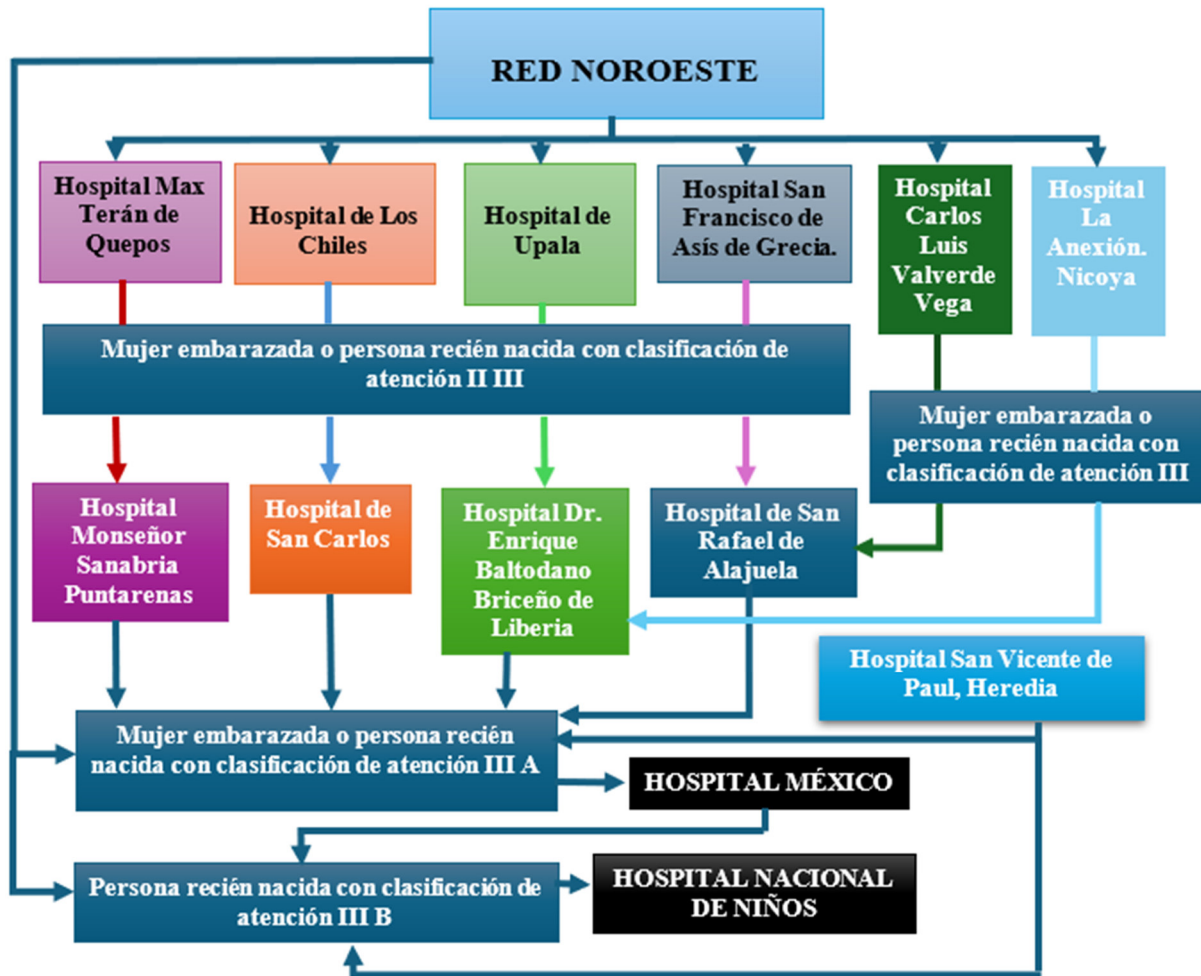


Fuente. Comisión para la Organización de la Red Neonatal.

¹⁶ HOMACE: Debe recibir los pacientes cuando el hospital III A Especial de la Red respectiva, haya agotado su capacidad para recibir pacientes “en camas CAS” (>2 pacientes).


	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 62 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

ALGORITMO 2
DERIVACIÓN EN LA RED DE SERVICIOS NOROESTE SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA O IN ÚTERO¹⁷

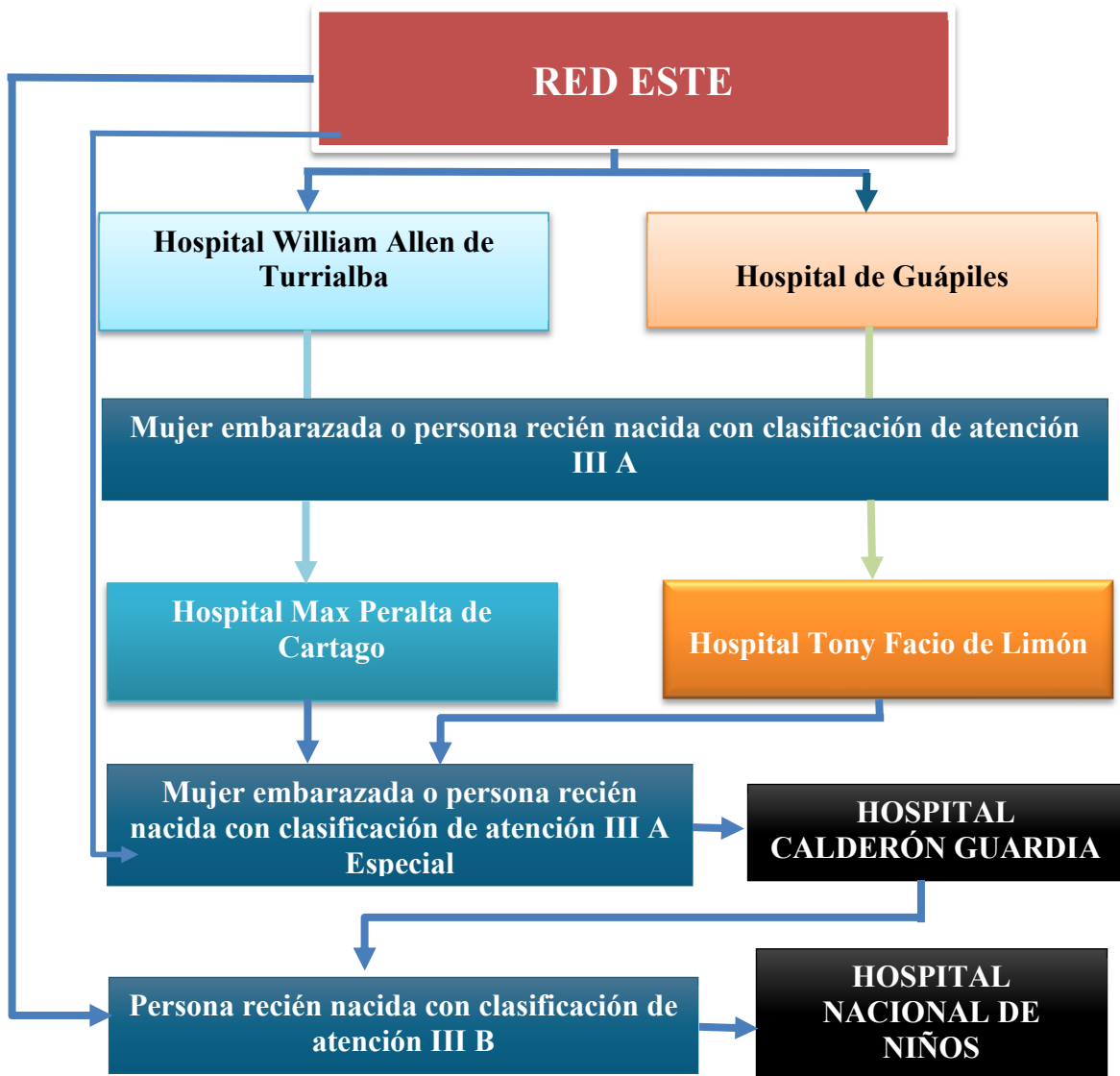


Fuente. Comisión para la Organización de la Red Neonatal.

¹⁷ HOMACE: Debe recibir los pacientes cuando el hospital III A Especial de la Red respectiva, haya agotado su capacidad para recibir pacientes en camas CAS (>2 pacientes).

	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</p>	<p>Página 63 de 88</p>
<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</p>	<p>TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL</p>	<p>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</p>

ALGORITMO 3
DERIVACIÓN EN LA RED DE SERVICIOS ESTE SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA O IN ÚTERO¹⁸

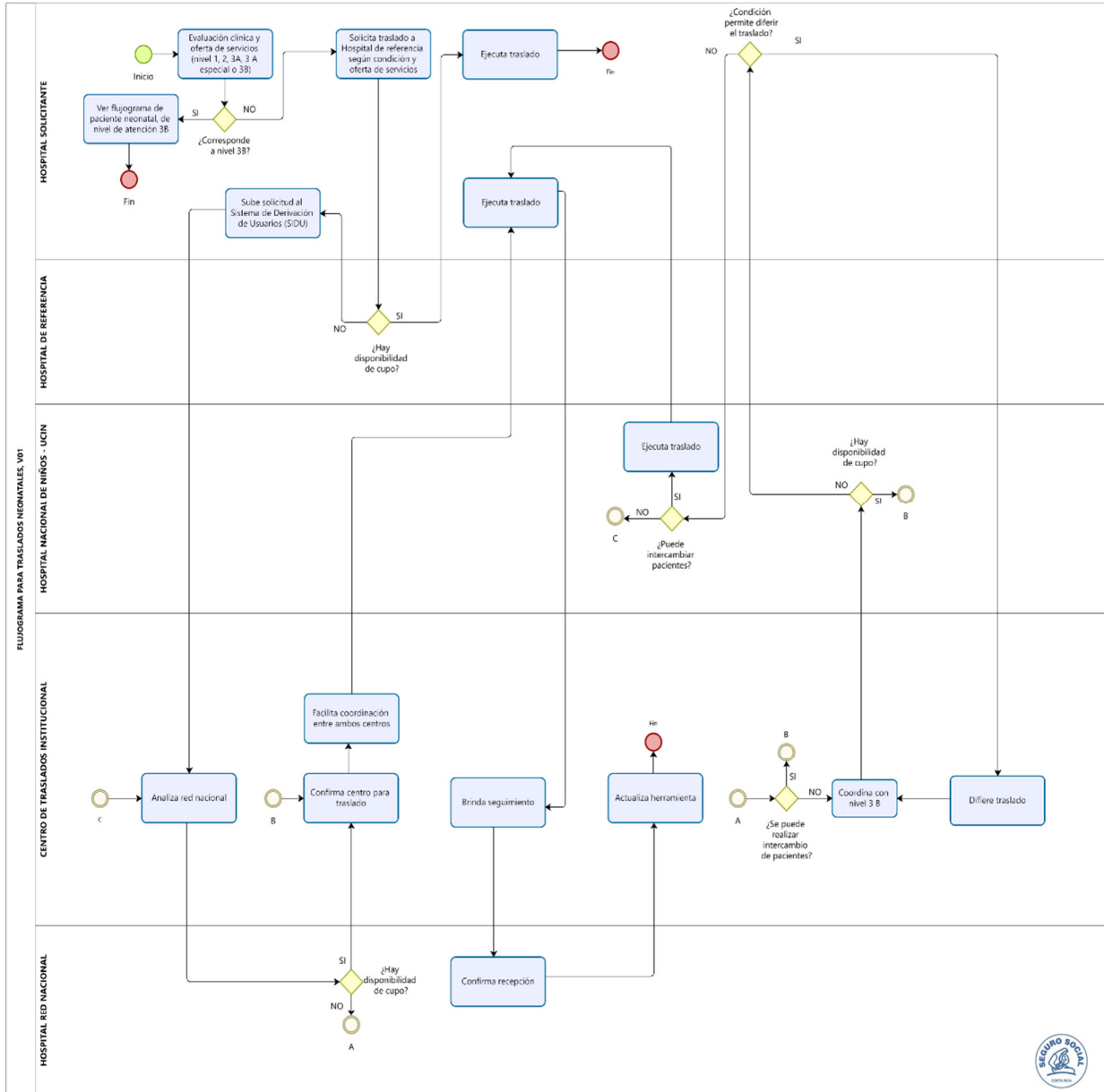


Fuente. Comisión para la Organización de la Red Neonatal.

¹⁸ HOMACE: Debe recibir los pacientes cuando el hospital III A Especial de la Red respectiva, haya agotado su capacidad para recibir pacientes en camas CAS (>2 pacientes).



FLUJOGRAMA 1. TRASLADO NEONATAL



NOTA:

El Centro de Traslados Institucional (CTI) aparece en el flujo para ingresar la solicitud de traslado al Sistema Institucional de Derivación de Usuarios por parte del Gestor Local por petición del médico tratante. Una vez ingresado, el CTI gestiona la posibilidad de traslados a otras unidades hospitalarias. Teléfonos del CTI por cualquier duda o comentario (8504-26-81 o 8742-26-81). CTI buscará la oferta de servicios en la red nacional que se adecúe a lo requerido por la necesidad del traslado.

La búsqueda en la red neonatal se limita a las necesidades de la oferta de servicios de hospitales 3A o superiores.

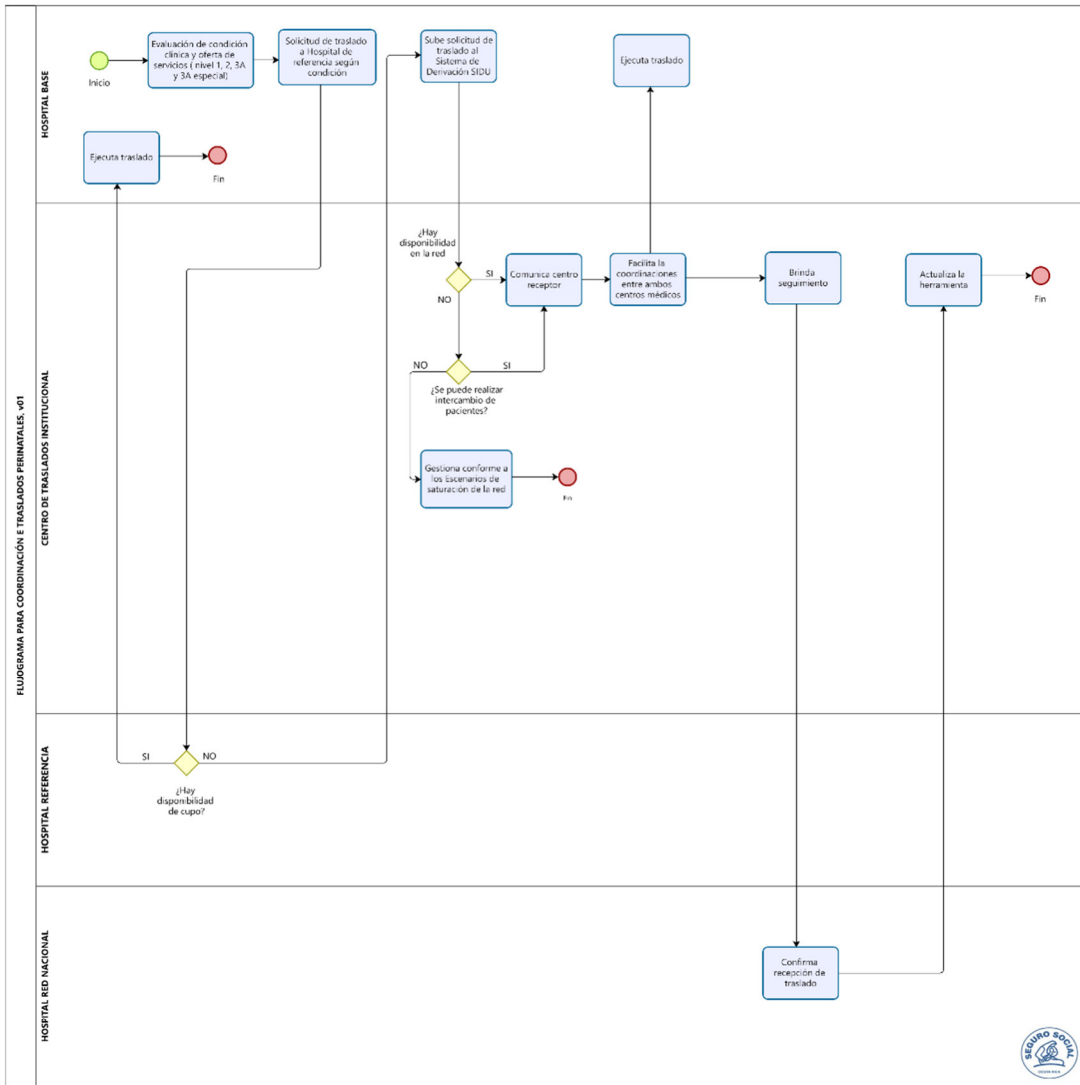
Aquellos traslados de embarazos de 28 semanas o menos se deben trasladar a un hospital 3A, cuando no exista cupo en el 3a especial.

Hospital de referencia según red de servicios.





FLUJOGRAMA 3. TRASLADO PERINATAL O IN ÚTERO



NOTAS:

(1) Escenarios de intercambio de pacientes:

- a. Cuando se requiere trasladar a un recién nacido crítico, en cuyo caso el intercambio sería con un recién nacido estable y en proceso de recuperación.
- b. Cuando se requiere trasladar a una embarazada de alto riesgo cuyo hijo o hija muy probablemente requiera cuidado intensivo neonatal (generalmente por prematuridad), se traslada un recién nacido estable al hospital menos complejo, para que el hospital más complejo cuente con el cupo necesario para atender al producto de riesgo trasladado in útero.


**Posibilidad de apertura de cupos B15*

***Acuerdo entre médicos de ambos hospitales y recomendaciones para personal del hospital que solicita traslado

- La búsqueda en la red neonatal se limita a las necesidades de la oferta de servicios de hospitales 3A o superiores.
- Aquellos traslados de embarazadas de 28 semanas o menos se deben trasladar a un hospital 3A, cuando no exista cupo en el 3a especial.
- Hospital de referencia según red de servicios.

El Centro de Traslados Institucional (CTI) aparece en el flujoograma al ingresar la solicitud de traslado al Sistema Institucional de Derivación de Usuarios por parte del Gestor Local por petición del médico tratante. Una vez ingresado, el CTI gestiona la posibilidad de traslados a otras unidades hospitalarias. Teléfonos del CTI por cualquier duda o comentario (8504-26-81 o 8742-26-81). CTI buscará la oferta de servicios en la red nacional que se adecúa a lo requerido por la necesidad del traslado.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 67 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

7. CONTACTOS PARA CONSULTAS

Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña. Área de Atención Integral a las Personas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Correo: corraaip@ccss.sa.cr

8. VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO


El proceso de validación del protocolo supuso dos fases. La primera implementada a través de una sesión virtual con representantes de la red de hospitales de DRIPSS y Hospitales Nacionales y Especializados.

La segunda fase, implementada a través de solicitud escrita de validación se realiza con representantes de las Coordinaciones Nacionales de Disciplinas y Programas Institucionales de la Dirección de Desarrollo de Servicios además del Área de Bioética del CENDEISSS, COREN y Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica. La lista de participantes de ambas fases se incluye en la contraportada de este documento.

La metodología aplicada es por criterio de experto, en la cual se aplica una encuesta de validación estructurada en línea al panel de expertos. Cada persona funcionaria lee el documento que se le entrega, valora numéricamente cada apartado según su juicio, anota sobre el documento cualquier observación. Si hace una sugerencia de modificación de fondo y, le es posible, sugiere fuentes que pueden consultarse al respecto.

La encuesta cuenta con un total de 32 preguntas, respecto a cada una se aplica una escala que se organiza del 1 al 9. Una puntuación de 1 significa que el componente es extremadamente inapropiado, un 9 significa que el componente es extremadamente apropiado, y una puntuación de 5 indica que los riesgos y beneficios son aproximadamente iguales. La escala de valoración propuesta es la siguiente.




	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 71 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

26. ¿Pará usted el contenido de FLUJOGRAMA 1: TRASLADO NEONATAL es?														
27. ¿Pará usted el contenido de FLUJOGRAMA 2: TRASLADO NEONATAL AL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS (III B) es?														
28. ¿Pará usted el contenido de FLUJOGRAMA 3: TRASLADO PERINATAL O IN ÚTERO es?														
29. ¿Pará usted el contenido del apartado de ANEXO 2: CONDICIONES DE ESTABILIDAD NEONATAL es?														
30. ¿Para usted del contenido ANEXO 3: LISTA DE CHEQUEO PARA MONITORIZAR A LA PERSONA RECIÉN NACIDA PREVIO Y DURANTE EL TRASLADO NEONATA es?														
31. ¿Pará usted el contenido del ANEXO 4: EQUIPAMIENTO Y MEDICAMENTOS DEL MALETIN DE TRASPORTE NEONATAL es?														
32. ¿Pará usted el contenido ANEXO 5 MANEJO DE TRASLADO DE SITUACIONES ESPECIALES es?														

Para obtener los resultados de la validación se promedia la valoración del panel de expertos y se analiza si se llega o no al consenso. Se alcanza el consenso cuando el promedio de las validaciones para cada apartado alcanza una puntuación entre 7 y 9 puntos. Los apartados que no alcanzan esta puntuación requieren de una segunda validación. Los resultados de la validación indican que todos los apartados alcanzan puntajes entre 8.6 a 7.9 revelando que el documento cuenta con el consenso necesario para su publicación.

La tercera fase, implementada a través de solicitud escrita Área de Bioética del CENDEISSS y Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica de la revisión final del documento. Las observaciones indicadas fueron integradas según correspondiera, considerando el criterio del equipo responsable de la elaboración del Protocolo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 72 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

9. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO


Dado que el protocolo clínico describe intervenciones que la institución debe fortalecer e impulsar, la definición de indicadores para valorar su avance es de suma importancia. En este sentido, vale mencionar que la propuesta de indicadores siguiente más que monitorear el manual como documento normativo permite valorar el avance de las intervenciones en la práctica institucional. Para el diseño de los indicadores vinculados con la atención en el escenario educativo se utiliza la clasificación con mayor uso internacional¹⁹ que los agrupa en:

- Estructurales o de habilitación que refieren a las condiciones macro necesarias para que el proceso a evaluar funcione (estructura de la oferta, estructura de la demanda, entre otros).
- De proceso. Que refieren a la evaluación del encuentro ente la oferta y la demanda, incluyendo la calidad, eficiencia, eficacia, entre otras. Estos indicadores pueden ser tanto de cantidad, calidad como de costos.
- De resultado. Vinculados con la producción cuantitativa, los resultados intermedios y los resultados de impacto. Tienen como condición que los procesos se encuentren organizados y en marcha, sin esta condición no es posible aplicar indicadores de impacto.

Considerando lo anterior, indicadores que pueden tomarse en cuenta durante la fase de desarrollo y consolidación de las intervenciones en el escenario educativo a nivel institucional son los de proceso, entre los cuales destacan los siguientes.

Nombre	Descripción	Tipo (qué indica)	Fórmula	Fuente de información (evidencia)	Periodicidad sugerida
Capacitación del personal en protocolo clínico de traslado de la persona usuaria en periodo	Proporción del personal de salud involucrado en traslados que ha recibido	Proceso	Número de funcionarios capacitados / Total de funcionarios involucrados x 100	Registros de capacitación institucional	Semestral

¹⁹ Chacón, H. (2017). Conferencia. Indicadores en salud: concepto y metodología para su definición. Sesión de trabajo. Manuscrito no publicado.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 73 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

perinatal y neonatal	capacitación en el protocolo.				
Tiempo promedio de respuesta para traslados perinatales y neonatales	Promedio de tiempo desde la solicitud de traslado hasta la salida del recurso móvil.	Proceso	Suma del tiempo de respuesta en minutos / Número de traslados realizados	Registros del Centro CTI	Semestral
Porcentaje de traslados de personas usuarias recién nacidas realizados.	Mide el cumplimiento del protocolo respecto al número de nacidos en el hospital.	Proceso	Número de traslados de personas recién nacidas / Total de nacimientos vivos x 100	Registros de traslado y estadística de nacimientos del hospital.	Anual
Porcentaje de traslados de personas usuarias en periodo perinatal realizados.	Mide el cumplimiento del protocolo respecto al número de mujeres embarazadas ingresadas en el hospital.	Proceso	Número de traslados de usuarias en periodo perinatal / Total de mujeres embarazadas ingresadas al hospital x 100	Registros de traslado in útero y estadística de ingresos hospitalarios.	Anual

La lista de indicadores presentada no es exhaustiva, sin embargo, permite generar una línea base institucional para el seguimiento de la evolución de las intervenciones en el escenario educativo como modalidad de atención. Como pasos siguientes, cada equipo debe generar nuevos indicadores que permitan visibilizar el impacto tanto de la gestión del trabajo en equipo como de las intervenciones articuladas en red con la participación de la persona, la familia y la comunidad, en aras de disponer de más información respecto a la puesta en marcha del enfoque centrado en la persona, el trabajo en red, la atención integral e integrada y la atención compartida entre niveles y equipos de salud.

ANEXOS



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 75 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ANEXO 1. AVAL DE GERENCIA MÉDICA



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 Gerencia Médica
 Teléfono: Directo 2539-0921 - 25390000 ext. 7600 / 8253
 Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

GM-10448-2026
 15 de junio de 2026

PRIORITARIO

Doctora
 Ana Jéssica Navarro Ramírez. Directora.
DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD-UP2904

Estimada señora:

ASUNTO: AVAL DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA PARA EL TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERÍODO PERINATAL Y NEONATAL, RED DE SERVICIOS CCSS. CÓDIGO PAC.GM.DDSS. AAIP.120626, VERSIÓN 01

Reciba un cordial saludo. En atención al oficio GM-DDSS-1687-2026, de fecha 11 de junio de 2026, mediante el cual se remite el documento denominado "Protocolo de Atención Clínica para el Traslado de Personas Usuarias en el Período Perinatal y Neonatal. Red de Servicios CCSS", código PAC.GM.DDSS. AAIP.120626, versión 01, para su análisis y aval correspondiente, se indica lo siguiente:

El documento presentado tiene como propósito establecer los lineamientos técnicos y clínicos para el traslado oportuno, seguro y articulado de las personas usuarias en el periodo perinatal y neonatal dentro de la red de servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, contribuyendo a la calidad de la atención, la continuidad del cuidado y la disminución de riesgos asociados a este tipo de traslados.

Asimismo, se reconoce que su elaboración se realiza en cumplimiento del Acuerdo de Junta Directiva, artículo 2 de la sesión N.º 9482, así como en atención a las recomendaciones del Informe de Auditoría ASALUD-0010-2024, lo cual fortalece su pertinencia institucional y alineamiento con los procesos de mejora continua.

En virtud de lo anterior, esta Gerencia otorga el aval al citado protocolo en su versión actual. No obstante, se solicita considerar su actualización una vez se cuente con la oficialización correspondiente del nodo neonatal con sede en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, conforme se indica en el documento remitido.

Se insta a esa Dirección a promover su difusión, implementación y seguimiento en los distintos niveles de atención, a fin de asegurar su adecuada adopción en la red institucional de servicios de salud.


Atentamente,

GERENCIA MÉDICA


 **Firma Digital**


Dr. Marvin Palma Lostalo
 Gerente a.i.




MPL/drfflga/Rosamelia
 Estudio, redacción: Dra. Laura Granados Alvarado / Revisión técnica: Dra. Daniela Rivera Flores

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 76 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01


ANEXO 2.
LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y MEDICAMENTOS DEL MALETIN DE TRASPORTE DE LA PERSONA USUARIA EN PERIODO PERINATAL O NEONATAL

ELEMENTO PARA CHEQUEAR	<input checked="" type="checkbox"/>
 EQUIPAMIENTO	
Incubadora de transporte /camilla de traslado para madre embarazada.	
Monitor de frecuencia cardiaca, presión arterial y oximetría de pulso	
Brazaletes para presión arterial	
Sensores de oximetría	
Estetoscopio	
Equipo para vía aérea	
<ul style="list-style-type: none"> • Laringoscopio (hojas #00, #0, #1) • Tubos endotraqueales: Tamaños 2.5, 3, 3.5 y 4. • Bolsa autoinflable y/o reanimador en T • Mascarillas (prematuro y de término) • Nasocánulas • Conexiones de oxígeno • Mascarilla laríngea N° 1 	
Equipo de aspiración mecánica y manual	
Ventilador de transporte, mascarilla autoinflable y reanimador en T	
Cilindros de aire comprimido y oxígeno	
Mezclador de gases	
Catéteres umbilicales.	
Bombas de infusión con baterías	
Glucómetro	
Guantes estériles	
Tijeras	
Esparadrapo y apósito adhesivo estéril	
Gasa estéril	
Clorhexidina y alcohol	
Termómetro	
Sondas de aspiración 8 F y 10 F	
Sondas orogástricas # 5, 8	
Jeringas 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml	
Catéteres venosos periféricos 20, 22 y 24 G	
Agujas #18, 20 y 22 y peri craneales	
Conexiones de suero	
Llaves de tres vías	
Delantal y campos estériles	

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 77 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

 MEDICAMENTOS	
Adrenalina o Epinefrina base 1 mg/mL (1:1000) (como epinefrina hidrocloreto). Solución estéril inyectable. Ampolla con 1 mL	
Agua destilada	
Fenobarbital sódico 50 mg/mL. Solución inyectable. Ampolla con 1 mL	
Solución fisiológica	
Solución glucosada 10 %	
Solución glucosada 5 %	
 DOCUMENTACIÓN	
Referencia	
Información sobre destino y teléfonos de contacto tanto de hospital emisor como receptor.	
Carné de Desarrollo Integral (librito azul)	
 ATENCIÓN AL PARTO	
Fetoscopio o doppler fetal (cargado)	
Tijeras (mayo y episiotomía).	
Vacuum.	
Incluir ropa para la persona recién nacida y al menos 1-2 sábanas limpias	
Clamp	
Pera	
Equipo de Instrumental atención de parto, equipo de sutura, e hilo crómico al menos un par de 2-0, 3-0 por una eventual atención en situación de vasos sangrantes.	


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Manual de Reanimación Neonatal: Reanimación, estabilización y transporte neonatal (3.ª ed.)*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 78 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ANEXO 3. CONDICIONES DE ESTABILIDAD NEONATAL

PARÁMETRO	META ANTES DEL TRASLADO
Vía aérea y oxigenación	Óptima y estable
Frecuencia cardiaca	120 – 160 latidos/minuto
Temperatura	Rectal: 37 °C / Axilar: 36.5 – 37 °C
Metabolismo	Corrección de problemas como hipoglicemia o hipocalcemia
Problema principal	Inicio del abordaje
Vía venosa	Con solución glucosada al 10 % - 80 ml/kg/día (3,3 ml/kg/hora)
Estado hemodinámico	Estable

Fuente. Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Manual de Reanimación Neonatal: Reanimación, estabilización y transporte neonatal* (3.ª ed.). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 79 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ANEXO 4. MANEJO DE TRASLADO DE SITUACIONES ESPECIALES²⁰

A continuación, se presenta una esquematización de las principales patologías neonatales que requieren medidas especiales antes de su traslado:

HIPOGLICEMIA

Indicaciones
Diagnóstico: Glicemia < 45 mg/dl.
Corrección:
<ul style="list-style-type: none"> • Administrar bolo de glucosa al 10% IV (2 ml/kg).
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar solución glucosada al 10 % como mantenimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Control de glicemia a la hora.
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel óptimo para traslado: > 50 mg/dl.


ATRESIA DE ESÓFAGO

Indicaciones
Sospecha clínica: Polihidramnios + secreciones orales excesivas.
Confirmación: Radiografía con sonda radiopaca.
Estabilización para el traslado:
<ul style="list-style-type: none"> • NVO (nada vía oral).
<ul style="list-style-type: none"> • Sonda orogástrica #8-10 F a succión.
<ul style="list-style-type: none"> • Solución glucosada 10 %, 80 ml/kg/día (3.3 ml/kg/h) IV.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Indicaciones
Estabilización para el traslado:
<ul style="list-style-type: none"> • No ventilar con bolsa y mascarilla.
<ul style="list-style-type: none"> • Intubación endotraqueal inmediata si necesita VPP.
<ul style="list-style-type: none"> • Sonda orogástrica gruesa para descomprimir estómago.
<ul style="list-style-type: none"> • Solución glucosada 10 %, 80 ml/kg/día (3.3 ml/kg/h) IV.

²⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). *Manual de Reanimación Neonatal: Reanimación, estabilización y transporte neonatal* (3.ª ed.). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 80 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

GASTROSQUISIS


Indicaciones
• Pinzar el cordón umbilical al menos a una distancia de 10 cm.
• Intestino expuesto en bolsa estéril, asegurado al abdomen.
• Humedecer intestino con suero fisiológico.
• Posición: decúbito lateral derecho.
• Evitar ventilación prolongada con bolsa-mascarilla.
• NVO, sonda orogástrica con succión intermitente o libre.
• Minimizar manipulación intestinal.
• Catéter venoso umbilical en emergencia.
• Manejo cuidadoso de temperatura y líquidos.

ONFALOCELE

Indicaciones
• Mismas medidas de pinzamiento del cordón umbilical y bolsa estéril.
• Posición en decúbito lateral derecho.
• Manipulación cuidadosa del saco.
• Vigilancia respiratoria (CPAP o VM).
• Evitar CVU si es posible. Usar aguja intraósea si urgencia.


OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Indicaciones
Signos: Distensión abdominal, vómito, ausencia de meconio, drenaje bilioso.
Estabilización:
• NVO.
• SOG 10 F a drenaje libre o succión.
• Solución IV según electrolitos.
• Radiografía de abdomen.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 81 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ESTATUS CONVULSIVO²¹

Indicaciones
Etiologías: Hipoxia, trastornos metabólicos, malformaciones, etc.
Medicamentos:
<p>Primera línea de tratamiento:</p> <p>Fenobarbital: dosis de carga de <u>20 mg/Kg intravenoso</u>. Emplear como primera línea de tratamiento, sin importar la etiología de las convulsiones, a excepción de que se trate de una canalopatía (por historia familiar), en cuyo caso se recomienda fenitoína o carbamazepina. Otra excepción es la epilepsia asociada a actividad de brote supresión, con supresión prolongada donde la primera línea es piridoxina, dosis de 50-100 mg/día vía intravenoso-seguida de una dosis de mantenimiento por vía oral de 50-100 mg/día. En caso de que fenobarbital no sea eficaz para detener la crisis convulsiva, considerar medicamentos de segunda línea. Este medicamento no tiene restricción de uso por profesionales en medicina general y especialistas.</p>
<p>Segunda línea de tratamiento:</p> <p>Levetiracetam: dosis de carga de <u>60 mg/Kg</u> vía oral o Fenitoína dosis de carga de <u>20 mg/Kg</u> intravenoso. El profesional en medicina tratante debe realizar la selección del medicamento más adecuado, en caso de alteraciones cardíacas o inestabilidad hemodinámica, el medicamento de elección es el levetiracetam, pudiendo emplearse ambos medicamentos en caso de ser necesario.</p> <p>En caso de que el medicamento no sea eficaz para detener la crisis convulsiva, considerar medicamentos de tercera línea.</p> <p>Este medicamento puede ser prescrito por especialistas en Neurología, Neonatología o médicos a cargo de unidades de Neonatología o Cuidados Pediátricos.</p>
<p>Tercera línea de tratamiento:</p> <p>Midazolam en infusión: dosis inicial de <u>0.15 mg/kg intravenoso</u> y luego una infusión continua entre <u>1 y 18 mcg/kg/minuto</u>, requiere soporte ventilatorio invasivo y monitoreo. Este medicamento puede ser prescrito por especialistas en Neurología, Neonatología o médicos a cargo de unidades de Neonatología o Cuidados Pediátricos</p>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 82 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

Lidocaína: emplear en casos refractarios, dosis de carga inicial de 2 mg/kg IV, seguida de una infusión continua a 5-7 mg/kg/hora, que debe reducirse luego de controlar las convulsiones cada 4 horas, hasta suspender a las 24 horas. Este fármaco puede provocar toxicidad cardíaca, particularmente arritmias, por lo cual está contraindicada si previamente se administró fenitoína. Además, puede provocar hipotensión y tiene un efecto pro convulsionante en caso de dosis altas. Este medicamento puede ser prescrito por especialistas en Neurología, Neonatología o médicos a cargo de unidades de Neonatología o Cuidados Pediátricos

Para el tratamiento de casos refractarios a las opciones indicadas, se puede considerar el uso de piridoxina.

NEUMOTÓRAX


Indicaciones
• Colocar sonda torácica #10 o #12 con sello de agua.
• Confirmar resolución antes de traslado.
• Si no es posible: punción torácica con catéter, llave de 3 vías y jeringa.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Indicaciones
• En cianóticas ductus-dependientes:
- Evitar $FiO_2 > 40\%$.
- Infusión de prostaglandinas: $0,03 \mu\text{g/kg/seg}$.
- Objetivo $SatO_2 \geq 60\%$.
- Dilución: $500 \mu\text{g}$ en 25 ml de suero fisiológico. Ajustar goteo según el peso
- Vigilar efectos: apnea, hipotensión.
- Aminofilina: Prescripción por Pediatría y Neonatología para ser utilizado en el manejo de la apnea de la persona recién nacida. El citrato de cafeína requiere de solicitud adicional y también es de uso exclusivo de médico especialista.

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL

Indicaciones
• Posición: prono o lateral.
• Evitar presión sobre el saco.
• Contenciones laterales y cabeza al nivel del tronco.
• Evitar látex.
• Si hay placa neural expuesta:
- Gasa vaselinada con suero fisiológico.
- Bolsa estéril sobre zona lumbosacra.
- No secar defecto al nacer.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	Página 83 de 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA (HIPOTERMIA TERAPÉUTICA)

Indicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar traslado a centro con hipotermia terapéutica.
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar dentro de las primeras 6 h de vida (ideal <3 h).
Hipotermia terapéutica:
1. Documentar temperatura rectal inicial.
2. Apagar incubadora, abrir ventanas.
3. Medir temperatura cada 15 min (objetivo: 33–34 °C).
4. Ajustar coberturas según temperatura.
5. Evitar <32 °C.
6. Si >35 °C, considerar hipotermia activa con monitoreo.

Tabla 1. Criterios de inclusión para hipotermia terapéutica

CATEGORÍA	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Requisitos generales	Recién nacido \geq 36 semanas de edad gestacional y con peso > 1800 gramos
A. Criterios clínicos y/o bioquímicos	Se requiere cumplir con al menos uno de los siguientes:
	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar \leq 5 a los 10 minutos de nacido
	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de reanimación con ventilación a presión positiva (bolsa y mascarilla o intubación) a los 10 minutos de nacido
	<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis en la primera hora de vida (pH < 7 en sangre umbilical, venosa, arterial o capilar)
	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de base > 16 mEq/L en la primera hora de vida (cualquier muestra sanguínea)
B. Criterios neurológicos alterados	Presencia de encefalopatía moderada o severa , definida por:
	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones
	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en tres o más de las seis categorías del examen neurológico según Sarnat y Sarnat (estado de conciencia, tono, reflejos, etc.)

Fuente. Elaboración propia.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 84 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Tabla 2. Examen neurológico Sarnat y Sarnat

CATEGORÍA	ENCEFALOPATÍA MODERADA	ENCEFALOPATÍA SEVERA
Estado de consciencia	Letargo	Estupor o coma
Actividad espontánea	Disminuida	Ausente
Postura	Flexión distal, extensión completa	Descerebración
Tono	Hipotonía (focal o generalizada)	Flácido
Reflejos primitivos		
Succión	Débil	Ausente
Moro	Incompleto	Ausente
Función autonómica		
Pupilas	Variable	Desviadas, dilatadas, no reactivas a la luz
Frecuencia cardíaca	Bradycardia	Bradycardia
Respiración	Contralada	Apnea

Fuente. Elaboración propia.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 85 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Tabla 3. Criterios de exclusión de hipotermia terapéutica.

N°	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
1.	Recién nacido con edad gestacional < 36 semanas y peso < 1800 g
2.	Más de seis horas de vida al momento de la evaluación
3.	Trauma encefálico significativo, fractura de cráneo o hemorragia intracraneana
4.	Presencia de anomalía cromosómica conocida o sospechada (excepto trisomía 21)
5.	Presencia de anomalía congénita mayor
6.	Presencia de coagulopatía severa con sangrado activo
7.	Diagnóstico clínico de sepsis, meningitis o neumonía congénita

REFERENCIAS



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 87 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Barnes, S. G., Sutliff, B., Wendel, M. P. & Magann, E. F. (2024). Maternal Transport, What Do We Know: A Narrative Review. *International Journal of Women’s Health*, 16, 877–889. doi:10.1097/aog.0000000000005128

Efcni, Jourdain, G. et al. (2018). European Standards of Care for Newborn Health: Neonatal transport. Primera edición. *European Standards of Care for Newborn Health*.

Leslie, A. et al. (2024). Tracking national neonatal transport activity and metrics using the UK Neonatal Transport Group dataset 2012–2021: a narrative review. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 109, F460–F466. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325532>

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. (2018). Normativa No. 148: “Guía de Traslado del neonato”. Managua, Nicaragua.


Gonzales, A. R., Chacón, H. & Henderson, A. (1998). Capacidad resolutive del nivel II y III de atención en salud: el caso de Costa Rica: anexos. In *Capacidad resolutive del nivel II y III de atención en salud: el caso de Costa Rica: anexos* (pp. sp-sp).

Goswami, I., Redpath, S., Langlois, R. G., Green, J. R., Lee, K. S., & Whyte, H. E. A. (2020). Whole-body vibration in neonatal transport: A review of current knowledge and future research challenges. *Early Human Development*, 146, 105051. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105051>

Gray, M. M. et al. (2023). Neonatal transport safety metrics and adverse event reporting: A systematic review. *Air Medical Journal*, 42(4), 283-295. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2023.03.008>

Lucas, R. J., Boix, H., García, L. S., Cernada, M., de las Cuevas, I., & Couce, M. L. (2021, June). Recomendaciones sobre el perfil de competencias y estándares del sistema de traslado neonatal en España. In *Anales de Pediatría* (Vol. 94, No. 6, pp. 420-e1). Elsevier Doyma.

Ministerio de Salud. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. (2023). *Recomendaciones para el Traslado neonatal*. Argentina.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD AREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	<i>Página 88 de 88</i>
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS EN EL PERIODO PERINATAL Y NEONATAL	<i>Código PAC.GM.DDSS.AAIP.120626 Versión 01</i>

Moreno-Hernando, J. et al. (2013). Recomendaciones sobre transporte neonatal. *Anales de Pediatría* (edición en inglés), 95(2), 117.e1-117.e7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.12.005>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Health systems strengthening: Glossary*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

Rite-Gracia, S. et al. (2012). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría*, 78(6), 51.e1-51.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.007>