



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“ APLICACIÓN DE UNA GUÍA DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO EN
PACIENTE CRITICO PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE LA
CLÍNICA PERUANO JAPONESA - 2018”**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES:

LIC. BENITES LAURENTE, TANIA STEFANIE.

LIC. ESCURRA TAPARA, JENNY.

LIC. LAGUNA TORRES, GINA VALERY.

ASESORA

LIC. BLANCA BERNUY VERA

LIMA - PERU

2018

ASESORA

LIC. BLANCA BERNUY VERAND

ÍNDICE

RESÚMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I.....	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Justificación.....	5
1.4 Viabilidad.....	6
1.5 Factibilidad.....	6
CAPITULO II	7
2.1 Propósito:	7
2.2 Objetivo General	7
2.3 Objetivos Específicos	7
CAPITULO III	8
3.1 Antecedentes	8
3.2 Marco Teórico	9
CAPITULO IV	12
4.1 Hipótesis.....	12
CAPITULO V	13
5.1 Materiales y métodos.....	13
5.2 Diseño de estudio:	13
5.3 Población.....	13
5.4 Criterios de inclusión y exclusión	13
5.5 Definición operacional de variables	14
5.6 Procedimientos y técnicas:	16
5.6 Plan de análisis	16
CAPITULO VI.....	17
6.1 Aspectos éticos del estudio:	17
6.2 Presupuesto y cronograma.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	20

RESUMEN

El presente proyecto de Investigación se realizó con la finalidad de determinar la aplicabilidad de una guía de traslado intrahospitalario de paciente crítico en la prevención de eventos adversos en la clínica Centenario Peruano Japonesa. **Metodología:** estudio longitudinal, pre experimental de corte longitudinal. La población estará conformada por 40 enfermeras que laboran en el servicio de UCI y 60 pacientes que requieran traslado intrahospitalario; se aplicará una lista de Verificación y de cotejo, los datos serán presentados en el programa Excel, para el análisis se aplicará pruebas de estadística de Independencia de criterios (Chi Cuadrado).

Palabra Clave: traslado intrahospitalario, evento adverso.

INTRODUCCIÓN

Proporcionar un cuidado de calidad y garantizar la seguridad son derechos fundamentales de los pacientes. Para la Organización Mundial de la Salud la seguridad del paciente es la disminución de riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable para lo cual es necesario realizar acciones adicionales como prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen.(1)

El evento adverso es una complicación no intencional a consecuencia del cuidado médico y no de la enfermedad. Son aquellos que producen la prolongación de la estadía del enfermo. (2)

El avance tecnológico en los últimos años ha permitido una gran independencia en las Unidades de Cuidados Intensivos lo cual beneficia al paciente debido a que muchos de estos procedimientos se pueden realizar al pie de la cama, pero a pesar de este avance muchos medios de diagnósticos no pueden ser trasladados hasta la cama del paciente y por tanto sigue siendo necesario el transporte de este tipo de pacientes fuera del límite físico de las unidades de Cuidados Intensivos, dicha movilización viene a ser un riesgo para el paciente debido a que pasa de un lugar controlado a uno donde no se dispone de los mismos recursos asistenciales y es movilizadado a través de pasillos y ascensores lo cual puede traer como consecuencia la aparición de eventos adversos

Los estudios han documentado eventos adversos relacionados con las siguientes variables: equipo multidisciplinario, equipos biomédicos y alteraciones fisiológicas inherentes al paciente. La seguridad del paciente en el escenario de transporte se puede lograr con el uso de equipos apropiados, personal capacitado y el desarrollo de protocolos específicos

La movilización y traslado de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos involucra directamente a los profesionales de la enfermería pues son, en gran medida, los encargados de ejecutar esta práctica, haciéndolo además de manera fiable y segura. Para lograr que así sea, el objetivo de este trabajo es hacer uso de la guía de práctica clínica llamada “Guía de transporte intrahospitalario del paciente crítico” instrumento validado en la Unidad de cuidados intensivos del departamento de Enfermería del Hospital III Goyeneche de Arequipa, para evaluar si permite reducir la incidencia de los eventos adversos durante la realización del traslado del paciente.

CAPÍTULO I

1.1 Planteamiento del problema

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad. Según sus lineamientos es imprescindible implementar acciones para reducir el riesgo de eventos evitables que deriven de la atención en salud. Para lograr esta meta, las instituciones de salud deben trabajar en la atención segura del paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional (1).

La incidencia global de los efectos adversos menores (cambios en las constantes vitales) llega al 68%, mientras que la de los efectos adversos mayores (ponen en riesgo la vida del paciente) es del 4,2-8,9%. Según los diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde el 0,34 al 1,6% .El 22% de los efectos adversos en total tienen que ver con los equipos de respiración asistida portátiles, agitación y mala adaptación al respirador, extubaciones, reservas de oxígeno insuficientes, mala programación del respirador, mala posición del tubo endotraqueal, incluso se ha relacionado el número de bombas e infusiones con la aparición de efectos adversos.

Otros están relacionados con el equipo humano, la falta de experiencia, sobre todo del responsable del traslado, los relacionados con la organización ya que la mayoría de traslados son al servicio de áreas diagnósticas o al quirófano en donde no hay una buena comunicación entre servicios (3).

En Latinoamérica, en el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos fue de 11.85% y la evitabilidad de 65%. En el Perú se identificó según el mismo estudio una prevalencia de 11.6% de eventos adversos, dentro de los cuales los servicios de especialidades quirúrgicas alcanzan una prevalencia de 9,6%(4).

La Unidad de Cuidados Intensivos es un sector complejo del hospital, destinada a la atención de pacientes críticos que demandan un espacio físico específico, recursos humanos especializados e instrumentos de tecnología avanzada(5), con frecuencia estos pacientes necesitan ser trasladados intrahospitalariamente para fines diagnósticos y terapéuticos, requiriéndose un equipo multidisciplinario altamente capacitado, durante el traslado pueden presentarse complicaciones potenciales, ya que el paciente está fuera del ambiente de cuidados intensivos y vulnerables a factores que pueden culminar en alteraciones hemodinámicas rápidas, progresivas y evitables(6).

La Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Peruano Centenario Japonesa, tiene como finalidad brindar una atención de calidad para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, mediante la prestación de Cuidados de Enfermería especializados, dentro de sus funciones tiene el traslado intrahospitalario de los pacientes críticos a áreas diagnósticas o quirúrgicas. Del total de pacientes ingresados a Cuidados Intensivos, el 40% requiere traslado intrahospitalario. En los últimos meses se ha producido un aumento progresivo de la demanda del servicio de Cuidados Intensivos y por consiguiente un incremento del número de traslados intrahospitalarios, lo que conlleva a un mayor riesgo de presentar complicaciones intrahospitalarias durante el traslado; se ha observado también que las Licenciadas de la unidad no cuentan con una guía estandarizada que unifique criterios para el traslado de dichos pacientes, todo esto sustenta el estudio de investigación y nos planteamos la siguiente pregunta:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la aplicabilidad de una guía de traslado intrahospitalario de paciente crítico en la prevención de eventos adversos de la Clínica Peruano Japonesa - 2018?

1.3 Justificación

Se considera importante que la enfermera intensivista cuente con una guía de traslado intrahospitalario que le permita verificar un traslado seguro a fin de disminuir los eventos adversos en los pacientes críticos (7) , así mismo minimizaría los riesgos, pero sobre todo permitiría brindar una atención segura y de calidad al paciente, protección administrativa y de carácter médico legal (8). Proporcionaría un valor metodológico ya que, a partir de este estudio,

se podrían plantear otros trabajos de investigación, que tomen en consideración el traslado del paciente u otro proceso de enfermería.

1.4 Viabilidad

La presente investigación es viable, porque se cuenta con la autorización del Jefe de Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos y el Director de la Clínica Peruano Japonesa.

1.5 Factibilidad

Las investigadoras disponen de los recursos propios para invertir en el proyecto. Asimismo se cuenta con la experiencia y los conocimientos adquiridos que son necesarios para efectuar las actividades o procesos que exige dicho proyecto.

CAPITULO II

2.1 Propósito:

La investigación pretende sistematizar y homologar los cuidados relacionados con el traslado intrahospitalario de paciente crítico para la prevención de eventos adversos y así mismo favorecer una práctica clínica de calidad. Ya que la guía de traslado intrahospitalario proyecta ser una herramienta imprescindible para actuar desde el marco de la mejora continua, la calidad y seguridad del paciente.

2.2 Objetivo General

Determinar la aplicabilidad de una guía de traslado intrahospitalario de paciente crítico para prevención de eventos adversos de la clínica peruano Japonesa_2018

2.3 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar los eventos adversos de pacientes críticos antes de la aplicación de la guía de traslado intrahospitalario.
- ✓ Identificar los eventos adversos de pacientes críticos después de la aplicación de la guía de traslado intrahospitalario.
- ✓ Identificar la aplicación de la guía de traslado intrahospitalario.

CAPITULO III

3.1 Antecedentes

Melgarejo A., Bernat M., Lorente P.⁽⁹⁾ realizaron un estudio titulado como “Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico en España en el año 2014. En este estudio se detectaron 31 Eventos Adversos que indicaron un incumplimiento del protocolo, representando un 27,15% del total de traslados. Enfatizan la importancia de una valoración riesgo/beneficio para prevenir potenciales alteraciones durante el traslado del paciente. Remarcan también en la aplicación de protocolos y el listados de verificación como herramientas importantes para detectar factores latentes y mejorar la seguridad durante el traslado intrahospitalario.

En otro estudio realizado por González P.⁽¹⁰⁾ En su Investigación “Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico” se concluye que el traslado intrahospitalario a pesar de ser muy frecuente y una actividad del día a día, en los paciente críticos conlleva un aumento del riesgo de complicaciones donde la enfermería juega un papel fundamental en el traslado intrahospitalario ya que es la que va a acompañar en todo momento al paciente, la encargada de realizar la estabilización del paciente y la valoración y detección precoz de eventos adversos durante el traslado. Trabajo que sustenta la gran importancia unificar criterios en el logro de objetivos a través de la creación de guías, protocolos sobre el traslado intrahospitalario de pacientes críticos. Así mismo todo el equipo de salud debe ser capacitado para realizar dicho proceso.

Campoverde Cordero en el año 2015 realizó un estudio multicéntrico en tres hospitales de la ciudad de Quito sobre el transporte intrahospitalario de pacientes críticos desde y hasta la unidad de cuidados intensivos, el objetivo de la investigación fue analizar los eventos adversos que presenta el paciente crítico durante el traslado intrahospitalario en esos tres hospitales. Campoverde no encontró resultados significativos con respecto a los eventos adversos de cada hospital debido a la heterogeneidad de los sujetos de estudio y por el limitado de la muestra. Finaliza con que los eventos adversos más frecuentes fueron la hipoxemia, taquicardia e hipertensión arterial, observando mayor prevalencia de eventos adversos en los pacientes que no contaban con protocolo de traslado (11).

3.2 Marco Teórico

El traslado intrahospitalario se define como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas del mismo y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama y se desarrolla en tres fases. (12)

- a) **Fase de preparación:** Es la fase más importante del traslado en la cual se debe preparar y estabilizar al paciente, se debe determinar al personal entrenado que participará en el traslado y las funciones a seguir, de acuerdo a la determinación del riesgo del paciente; se debe informar del procedimiento al paciente y/o familia, con un lenguaje claro y comprensible, se coordina con el servicio receptor el horario y disponibilidad para el procedimiento, identificar correctamente al paciente. Se realiza la comprobación del funcionamiento de los equipos con que será trasladado el paciente: Desfibrilador, aspirador de secreciones, monitor electrocardiografía, bombas infusoras, etc. También previo al traslado se debe verificar vías y catéteres que se encuentren permeables, verificar que maletín de paro se encuentre completo (medicación, tubos endotraqueales, laringoscopio, ambú, máscaras, etc.), Anotar hora de salida, funciones vitales y medicación administrada, llevar la historia clínica del paciente, así también los distintos estudios que puedan ser de utilidad.(13)
- b) **Fase de transporte propiamente dicho:** es el traslado del paciente desde su unidad de ingreso a otra unidad para la realización de una prueba complementaria / diagnóstica. Durante esta fase se deben controlar continuamente las funciones vitales, así como verificar límites, parámetros y alarmas de los dispositivos como ventilador mecánico/monitor, bombas de infusión, se debe realizar la Valoración neurológica en caso de ser neurocrítico, Vigilar continuamente del tubo endotraqueal, vías, catéteres, drenajes. El personal acompañante será el encargado de identificar precozmente de cualquier alteración en el estado del paciente y su pronta actuación para minimizar riesgos vitales de este.
- c) **Fase de regreso y estabilización a la unidad:** Es la recepción o llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos después de la realización de una prueba complementaria / diagnóstica donde será el personal de dicha unidad la que recepcione al paciente, se debe tomar las constantes a la llegada del servicio, revisar vías, tubo endotraqueal, sonda vesical que no estén pinzadas, drenajes. Se debe anotar la hora de salida y llegada, el procedimiento que se realizó,

medicación administrada, incidencias suscitadas, Reposición del material y medicación usados en el traslado (14).

Hay que tener en cuenta que los traslados intrahospitalarios aunque son necesarios para el paciente, pueden tener complicaciones tanto hemodinámicas y respiratorias para el paciente. (15) Por ello es importante evaluar el riesgo del traslado para prevenir los eventos adversos provocados por los movimientos del transporte

(16).

Se define eventos adversos como aquellas complicaciones no intencionales a consecuencia del cuidado médico y no de la enfermedad. Son aquellos que producen la prolongación de la estadía de internado (2).

Gómez y Espinosa clasifican los eventos adversos en prevenibles y no prevenibles. Los eventos adversos no prevenibles son aquellas complicaciones que no pueden ser prevenidas dado el estado actual del paciente y los eventos adversos prevenibles son el mal resultado de la atención que pueden prevenirse con el estado del conocimiento (17). Dentro de los Principales eventos adversos tenemos a nivel Cardiocirculatorios (Hipotensión severa o hipertensión, Arritmias Parada cardiaca, muerte), Respiratorios (Hipoxia severa Broncoespasmo, Neumotórax, Extubación, Intubación selectiva, Desincronización paciente-respirador e Hipotermia), Neurológico (Agitación, Hipertensión endocraneal, Malfuncionamiento del equipo, Fallo eléctrico o del suministro de oxígeno) y Errores humanos (18).

En otras literaturas los eventos adversos están relacionados con el equipo de salud, equipamiento médico y el enfermo. Dentro de los relacionados con el equipamiento médico encontramos las fallas en el suministro de energía en ventiladores y monitores, desconexión accidental de circuitos de ventiladores, fallas en el funcionamiento del pulsioxímetro, flujo de oxígeno agotado y defectos en el ventilador mecánico, la prevalencia de estas fallas es de entre 16 y 34% variación que se da entre una y otra literatura.(19) Dentro de las fallas con el equipo de salud encontramos las relacionadas con la vigilancia, administración de fármacos, episodios de hipotensión o hipertensión, extubación no programada, retiro accidental de líneas arteriales o venosas, sondas, catéteres epidurales, etc.

Estos eventos adversos son los más frecuentes por la deficiencia de monitorización, experiencia, falta de protocolos y de comunicación del personal en general.(20) Por último los principales eventos adversos asociados al paciente son las arritmias, desaturación, dolor o agitación, hipotermia. Se considera que este tipo de sucesos hubieran ocurrido aún sin trasladar al paciente y se causan debido a la evolución de los problemas de salud.(21)

Para prevenir este tipo de sucesos es de suma importancia aplicar los criterios de traslado y estabilización, ya que se ha comprobado que atenúan de manera importante las complicaciones asociadas al estado del paciente. (22).

En la presente investigación se trabajará con la clasificación de Gómez y Espinosa, tomando en consideración los Eventos Adversos Prevenibles, para de esta manera fortalecer la política de seguridad del paciente y corregir fallos que se traducen en lesiones al paciente por este tipo de Eventos Adversos.

La aplicación de una guía es fundamental en el traslado intrahospitalario donde la OPS/OMS recalca que las guías ayudan en la toma de decisiones médicas, son requisitos para la acreditación de un servicio, y cumplirlas denota garantía de calidad encaminadas hacia la equidad la prestación de servicios (3). El propósito es asegurar la calidad de atención, encaminada hacia la equidad la prestación de servicios y su utilidad está dirigida a mantener una similitud en la atención de Enfermería; garantizar atención de calidad; facilitar la orientación y adaptación del personal reciente; impulsar el desarrollo tecnológico ayudando a la elaboración de estándares (23).

CAPITULO IV

1.1 Hipótesis.

La aplicación de la Guía de traslado intrahospitalario contribuirá a la prevención de eventos adversos.

CAPITULO V

5.1 Materiales y métodos

5.2 DISEÑO DE ESTUDIO:

Prospectivo, transversal y descriptivo. Según el análisis y resultado es observacional y analítico.

5.3 POBLACIÓN: La población objetivo estará conformada por 40 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos y 60 pacientes en promedio, que requieran traslado intrahospitalario, esto según las estadísticas de la unidad en un periodo de 3 meses.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN ENFERMERAS

CRITERIOS DE INCLUSION

- Enfermeros asistenciales que laboran en dicho servicio.
- Enfermeros que desean participar voluntariamente en dicha investigación

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Enfermeros(as) administrativos.
- Enfermeros(as) que se encuentren trabajando transitoriamente en el servicio.
- Enfermeras que se encuentran de vacaciones o licencia por enfermedad o maternidad

PACIENTES:

CRITERIOS DE INCLUSION -

- Pacientes que cumplan con criterio de traslado
- Pacientes que desean colaborar voluntariamente con la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- pacientes que no cumplan con el criterio de traslado
- pacientes que no desean colaborar voluntariamente con la investigación.

5.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VAR IABLES	DEFINICIÓN NOMINAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ÍTEMS	
GUÍA DE TRASLADO O INTRANSPITARIO	Conjunto de recomendaciones que ayudan en la toma de decisiones para el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas del mismo y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama. De la cual este proceso se desarrolla a lo largo de tres etapas: la fase de preparación, fase de transporte, fase de regreso y estabilización.	FASE DE PREPARACIÓN	Es la fase más importante del traslado en la cual se debe preparar y estabilizar al paciente.	Estabilización del paciente. Comprobar correcto funcionamiento de equipos, tubos y drenajes. Comprobar documentación requerida Confirmar con servicio receptor	APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA
		FASE DE TRANSPORTE	Es la fase de traslado desde la unidad de cuidados intensivos a otra unidad para la realización de una prueba complementaria y/o diagnóstica	Monitorización del paciente. Vigilancia de complicaciones.	APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA
		FASE DE REGRESO Y ESTABILIZACIÓN	Es la recepción o retorno del paciente al servicio de UCI después de la realización de una prueba complementaria / diagnóstica donde el personal de dicha unidad será el responsable de su recepción.	Monitorización del paciente Verificación de conexiones, dispositivos, drenajes. Instaurar perfusiones y nutrición. Reponer material utilizado. Limpiar equipos utilizados	APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA
					APLICA	NO APLICA

VARIABLES	DEFINICIÓN NOMINAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES		
PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	Son complicaciones no intencionales a consecuencia del cuidado médico y no de la enfermedad. Son aquellos que producen la prolongación de la estadía de internado	EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES	Resultado no esperado, que se puede evitar cumpliendo los estándares del cuidado asistencial.	Desconexiones o extubaciones accidentales.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Mal funcionamiento de equipos.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Tiempo de espera excesivo.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Falta de coordinación UCI -servicio receptor.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Salida del contenido de Drenajes, o retirada accidental de los mismos.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Monitores y/o equipos sin batería.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Déficit en la comunicación.	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO
				Olvido de historias clínicas y/o documentos. Drogas requeridas insuficientes y/ o faltantes	SIN EVENTO ADVERSO	CON EVENTO ADVERSO

5.6 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

La técnica de estudio es la observación, ya que los datos se obtendrán mediante la observación directa al objeto de estudio quienes serán las enfermeras y los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión previa autorización de la dirección general de la clínica peruano japonés para la ejecución del proyecto de investigación.

La recolección de datos será por medio de una guía de observación titulada “Guía de transporte intrahospitalario del paciente crítico” la cual fue validada en la Unidad de cuidados intensivos del departamento de Enfermería del Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2015 y que estará constituida por 2 listas de verificación. La primera evaluará el traslado intrahospitalario la cual consta de 36 ítems, divididos de la siguiente manera; del 1 al 16 la fase preparación, del 17 al 26 corresponde la fase a la fase de traslado y del 27 al 36 son de la fase de regreso y estabilización; se verificará si la enfermera cumple o no cumple con la lista de verificación durante traslado de paciente crítico, la segunda evaluará los eventos adversos durante el traslado intrahospitalario, la cual consta de 17 ítems, se verificara si el paciente presento algún evento adverso durante el traslado.

Se llevara a cabo en 3 meses durante las horas laborables de las enfermeras objeto de estudio y pacientes que requieran traslado intrahospitalario. Las investigadoras recolectaran los datos los días lunes y jueves de 8 am a 2pm esta evaluación se realizará solo una vez a cada enfermera durante sus actividades.

Primer momento: se solicitará la autorización a la Dirección general de la clínica peruano japonés para la ejecución del proyecto de investigación

Segundo momento: Las investigadoras socializarán la guía de traslado intrahospitalario con el jefe de enfermería de UCI y con las enfermeras del servicio que cumplan con los criterios de inclusión del servicio. Se capacitará al personal de Enfermería del Servicio y se presentará la guía de traslado intrahospitalario, previa firma de Consentimiento Informado.

Tercer momento: Las investigadoras verificaran por medio de la observación usando una lista de verificación si las enfermeras incluidas en el proyecto cumplen o no cumplen con la guía antes presentada.

5.6 PLAN DE ANÁLISIS

Los datos serán codificados con el programa Excel. El análisis se realizará con la prueba estadística de Independencia de criterios (Chi Cuadrado) con el fin determinar la influencia de una guía de traslado intrahospitalario en la prevención de eventos adversos. Los resultados serán presentados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales.

CAPITULO VI

6.1 ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO:

Para la realización de esta investigación se tomará en cuenta los 4 principios éticos, los cuales son:

- a) Autonomía: cada persona invitada a participar lo hará con su consentimiento.
- b) No maleficencia: no se causara daño alguno a participantes del estudio.
- c) Justicia: todos los participantes serán tratados con igualdad, sin discriminación de ningún tipo.
- d) Beneficencia: servirá para prevenir eventos adversos en el traslado intrahospitalario.

6.2 PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Personal:

Personas	N° de Horas	Costo/Hora	Total
Asesor Estadístico	6	S./ 50	S./ 300

Material:

Material	Cantidad	Costo/Unit	Costo Total
Papel Bond de 80 gr	800	S/. 0.10	S./80.00
Caja de lapiceros	1	S/. 6.00	S/. 6.00
Corrector liquido	2	S/. 2.00	S/. 4.00
Folder A4	10	S/ 0.70	S/. 7.00
USB	1	S/. 38.00	S./ 38.00
Sub Total		S/. 46.80	S/. 135.00

Servicios:

Material	Cantidad	Costo/Unit	Costo Total
Fotocopias	120	S/. 0.10	S/. 12.00
Impresiones	800	S/. 0.20	S/. 160.00
Internet	400	S/. 0.50	S/. 200.00
Movilidad local	50	S/. 5.00	S/. 250.00
Refrigerio	30	S/. 6.00	S/. 180.00
Total		S/. 13.60	S/. 802.00

Total:

Personal	S/. 300
Material	S/. 135.00
Servicios	S/. 802.00
TOTAL	S/. 1.237.0

CRONOGRAMA DE GANT

MESES	JUNIO 2018				JULIO 2018				AGOSTO 2018				SETIEMBRE 2018				OCTUBRE 2018			
	1	2	3	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES/ SEMANAS																				
1. Problematicación	X	X	X	X																
2. Revisión de antecedentes					X	X	X	X	X	X	X	X								
3. Planteamiento del Problema						X	X	X	X	X	X	X								
4. Formulación del problema						X	X	X	X	X	X	X								
5. Formulación de Objetivos									X	X	X	X								
6. Formulación de Justificación									X	X	X	X								
7. Búsqueda de Marco teórico									X	X	X	X	X	X	X	X				
8. Operacionalización de la variable											X	X								
9. Redacción de metodología de estudio										X	X	X								
10. Aplicación del instrumento de estudio													X	X	X	X	X	X	X	X
11. Procesamiento de datos																			X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2010 [citado 2017 Jun 26] Recuperado a partir de: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
2. Demetrio AM, Varas J, Hering E, Sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención: Hospital Dr. Luis TisnéBrousse Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis TisnéBrousse 2010; Vol. 5 (1): 79-83.
3. Portella J, Delgadillo C. Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. Medigrafic. Abril-Junio 2013. 36.(1):23-27.
4. Barrientos Reynaga R, Llontop Aponte J. Actitudes del Personal de Salud frente a la ocurrencia de efectos adversos durante el parto y puerperio. [Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 26]http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2863/1/RE_OBST_ROSA.BARRIENTOS_JOSE.LLONTOP_ACTITUDES.DEL.PERSONAL_DATOS.pdf
5. Almeida Ana Carolina Goulardins de, Neves Ana LúciaDomingues, Souza ClaudeniceLeiteBertoli de, Garcia Júlia Helena, Lopes Juliana de Lima, Barros Alba Lucia BotturaLeite de. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [citado 2017 Nov 26] ; 25(3): 471-476. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
6. Noa Hernández J.E, Carrera Gonzales E, Cuba Romero J.M, Cárdenas de Baños L. Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. [Internet]. 2010 Feb [citado 2017 Nov 26] ; Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-transporte-intrahospitalario-del-paciente-grave--S1130239910001033>
7. Cynthia Ayala Mendoza. Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según opinión de las enfermeras de UCI de la Clínica Internacional sede lima 2015. [Internet]. 2016 enero [Citado 2018 agosto 25]; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5265/Ayala_mc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. [Internet] 2014[citado 18 de set 2018].Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

9. Melgarejo Urendez A., Bernat M., Lorente García P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. *Enferm Intensiva*. [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Dic 21] ;25:58-64. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>
10. Paloma Gonzales M., Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de Enfermería. . [Tesis para grado de Licenciada en Enfermería]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2016.
11. Campoverde Cordero C., Estudio multicéntrico sobre el transporte intrahospitalario de pacientes críticos desde y hasta la unidad de cuidados intensivos, que requieran procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en los Hospitales Eugenio Espejo, Enrique Garcés, Militar y Metropolitano de la ciudad de Quito, durante el período de Abril a Septiembre de 2016. [Tesis para especialista]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
12. Martín Torralba M. Transporte intrahospitalario del paciente crítico. [Internet].2012 [citado 18 junio 2018]. Disponible <https://docplayer.es/5286640-Transporte-intrahospitalario-del-paciente-critico.html>
13. Camacho Ponce, A. F., Garrido Moya, D., Carcelen Marco, L. V., Gonzales Herraéz, C., Garcia Garcia, A., Garcia Espejo, P., y otros. (2012). Procolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico. Disponible <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>
14. Crosara, D.Traslado intrahospitalario del paciente crítico (TIHPC).2012 [citado 14 Dic 2017]; 70(1):125-127.Disponible en:http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1447/c.pdf
15. Portela Ortiz JM. , Delgadillo Arauz c. Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. *Revista mexicana de anestesiología* [internet].2013 [citado el 19 set del 2018];volumen23 (1):23-27. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131h.pdf>
16. Caparachin E, Henostroza R. eventos adversos durante el traslado del paciente postoperado inmediato en sala de operaciones en la clínica stella maris lima, [Internet]. 2016[citado 2017 Dic 19]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20postoperado%20inmediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20Cl%C3%ADnica%20Stella%20Maris%20Lima%20Per%C3%BA%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. GOMEZ, Isabel. ESPINOSA, Ángela. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichan volumen 6 del 2006.
18. Protocolo intrahospitalario del paciente crítico UCI POLIVALENTE CHUA. 2012 disponible en <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/48573291fc4abb1f33aec2d4ad54511f.pdf>
19. Villarreal Cantillo E, Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*[internet].2007[citado el 19 set del 2018];volumen23

- (1):1. Disponible en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714>
20. Alfonso Marín L P., C Salazar López C. Franco Herrera AL. Incidencia de eventos adversos asociados a dispositivos médicos en una institución de salud en Colombia. Rev. ing. Biomed[Internet].2010[citado el 19 set del 2018];volumen4(8):1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622010000200007
 21. Melgarejo Urendez A, Bernat Adell M.D. Lorente García P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Enfermera intensiva. [Internet]. 2017[citado 2017 Dic 19]; volumen 25(2): 35-78 . Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>
 22. Papon JP, Russell KL, Taylor DM. Unexpected events during the intrahospitaltransport of critically ill patients. AcadEmerg Med. 2007;14:574-577. Enfermera intensiva. [Internet]. 2017[citado 2017 Dic 19]; volumen 25(2): 35-78 . Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>
 23. Villafuerte C. Sacsara R., Machuca R. Efectividad de la guía de procedimiento de Enfermería en la inserción de cateter venoso periférico servicio de emergencia adulto de un hospital MINSA Lima [Internet]. 2017[citado 2017 Dic 19]; volumen1(1): 16 . Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/765/Efectividad_CarmenVillafuerte_Giuliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

**GUÍA DE TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO**

INDICE

INTRODUCCIÓN

GUÍA DE TRASLADO DE PACIENTES INTRAHOSPITALARIO

1. DEFINICIÓN
2. POBLACIÓN DIANA
3. OBJETIVO
4. PERSONAL
5. PREPARACIÓN DEL PACIENTE
6. MATERIAL
7. PROCEDIMIENTO
8. PROBLEMAS POTENCIALES
9. PUNTOS A REFORZAR
10. INDICADORES DE EVALUACION
11. REGISTROS

GUÍA DE TRANSPORTE

INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

INTRODUCCIÓN

Aunque el desarrollo tecnológico de los últimos años ha permitido una gran autonomía de trabajo dentro del área de Cuidados Intensivos, la misma sofisticación de las nuevas tecnologías hace que muchos medios diagnósticos no puedan ser trasladados hasta la propia cama del paciente y por tanto siga siendo necesario el transporte de los pacientes en estado crítico, especialmente para la realización de pruebas diagnósticas.

El transporte Intrahospitalario de pacientes críticos, definido como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde distintas áreas del mismo. Aunque con mayor frecuencia son los pacientes ingresados en la UCI y Emergencia los que suelen ser movilizados por distintos motivos fuera de la Unidad, también debemos considerar el transporte que de este tipo de pacientes se origina desde Urgencias y Quirófano hasta la propia UCI.

Uno de los retos más importantes de la movilización de pacientes en estado crítico es la gran diversidad de patologías que se pueden trasladar y la variabilidad clínica que pueden presentar los pacientes a trasladar. De esta forma, dado que este procedimiento no es inocuo ni falto de complicaciones, es necesario antes de indicar la realización de un procedimiento que lleve implícito un desplazamiento de un paciente, el valorar el beneficio a obtener y el riesgo que conlleva el traslado para el paciente.

Por ello, el servicio de UCI de la clínica Centenario Peruano Japonesa debe tener una guía de traslado de pacientes intrahospitalaria, que permita brindar una atención oportuna y de calidad.

TRANSPORTE

INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

1. DEFINICIÓN:

El transporte Intrahospitalario (TI) de pacientes críticos lo definimos como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas del mismo y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Este proceso se desarrolla a lo largo de tres etapas diferentes:

- ✓ Fase de preparación: Preparamos al paciente antes de iniciar su traslado.
- ✓ Fase de transporte: Consiste en el traslado propiamente dicho.
- ✓ Fase de regreso y estabilización: Llegada a la unidad del paciente, colocación y estabilización del mismo.

2. POBLACIÓN DIANA:

El TI se destina a aquellos pacientes que precisan salir de una unidad en la que están recibiendo cuidados críticos, para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden realizar a pie de cama.

Los criterios de exclusión de estos pacientes serían:

Inestabilidad clínica que no permitiese su movimiento fuera de la unidad.

La negativa del propio paciente o su familiar (en el caso de que se precise autorización) a la realización de este traslado y/o las pruebas diagnósticas o terapéuticas que lo requieran

3. OBJETIVO:

Lo que se pretende es unificar criterios en estas unidades que prestan cuidados críticos, para que todos los traslados intrahospitalarios se realicen siguiendo unas mismas normas de seguridad para el paciente y así garantizar los cuidados durante el traslado, registrando los posibles incidentes en el mismo para encontrar soluciones.

4. PERSONAL:

El personal facultativo de la unidad será responsable de la petición y realización de es TI, siempre bajo criterios médicos. En todo traslado participará además enfermera/o responsable del paciente y técnicos de enfermería (según sea el caso)

5. PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

Este apartado se desarrollará más adelante dentro del punto de procedimiento y descripción secuencial de las acciones necesarias para su realización, ya que la preparación del paciente se encuentra dentro de una de las tres fases de las que consta un TI.

6. MATERIAL:

Dada la variabilidad y modelos diferentes de material de electro medicina que existen la clínica (monitores, respiradores, bombas, etc.), exponemos a modo de ejemplo los que actualmente existen en el área de UCI de la clínica.

Para realizar un TI del paciente crítico, cada unidad hospitalaria maneja los que actualmente disponen y están acostumbrados a manejar:

- Monitor de transporte Phillips
- Respirador de transporte
- Botella Oxígeno
- Monitor Desfibrilador
- Pulsioxímetro portátil
- Mochila de transporte: con el material y la medicación necesaria para resolver complicaciones durante el traslado (extubación, neumotórax, canalización de vía, para cardio- respiratoria, etc).

Cánula Portex Válvula	Venda de algodón
Heimlich	Mango laringoscopio y palas swivel
Guantes estériles	Abocat (N° 20, 18, 16, 14)
Paño estéril	Válvula antirreflujo
Conexión bicónica	Agujas tapones y llaves tres pasos
Catéter Venoso Central	Jeringas
Balón resucitación + Reservorio + mascarilla	Suero fisiológico 100 cc
Alargadera oxígeno	Apósitos compresores
Guadel varios tamaños	Hoja bisturí
Yankauer	Fentanilo 150ug/3ml
Humidificador	Mepivacaína 10%/10ml
Sonda nasogástrica	Propofol 1%/20 ml
Lubricante	Midazolam 50mg/3ml
Bolsa Colectora	Flumazenilo 0.5mg/5cc
Jeringa Cono ancho	Atropina 1mg/1ml
Fonendoscopio	Adrenalina 1mg/1ml
Sonda vesical	Vecuronio 10mg
Bolsa colectora	Hidrocortisona 100mg
Tubos orotraqueales varios tamaños	
Fijador de tubo	

- Motor y colchón de aire alternante anti escaras. En algunas unidades de críticos las camas están dotadas con colchones anti escaras de aire alternante en celdas. Debemos tener en cuenta que a la hora de realizar un traslado demos desconectar el motor del colchón (puesto que durante el traslado no es necesario) y tapar los correspondientes latiguillos (con su correspondiente tapón o según motor unir los latiguillos) para evitar la fuga de aire y que el colchón se deshinche.

7. PROCEDIMIENTO:

La puesta en marcha del TI es muy similar a la de un traslado interhospitalario (entre dos hospitales) aunque con algunas diferencias:

- a) Son enfermos conocidos por el personal que trabaja en la unidad.
- b) El tiempo de traslado es menor, lo que disminuye los riesgos.
- c) Existe una mayor capacidad de Intervención y rapidez terapéutica al no salir del propio hospital.

Existen tres fases en la realización de un TI: Fase de preparación previa, transporte y regreso/ estabilización a la unidad.

Fase de preparación.- Determinar el personal que participará en el traslado y sus funciones (enfermera, médico, técnico de Enfermería, etc)

- Informar del procedimiento y su utilidad al paciente si está consciente, e incluso entregarle consentimiento informado de la prueba que se va a realizar, de no ser así, contactar con la familia si no se trata de una intervención urgente.
- Verificar que el paciente lleva colocada la pulsera identificativa con su nombre.
- Si el paciente requiere movilizarse en el lugar de destino, por ejemplo para pasar a la mesa del TAC, es conveniente colocar bajo el enfermo sábanas o “rodillo” que facilite su movilización.
- Confirmar con el facultativo las perfusiones, medicación, etc, que se van a mantener o necesitar durante el traslado y suspender o salinizar aquellas que no sean imprescindibles hasta que se regrese a la unidad. En el caso de que el paciente sea dependiente de drogas vaso activas y en las perfusiones tenga poco volumen, se realizará el cambio de esa perfusión con antelación al traslado para evitar imprevistos durante el mismo.
- En la medida de lo posible intentar llevar sueros de plástico y no de vidrio para evitar caídas, roturas y accidentes.
- Retirar medidas de presión como Presión Venosa Central, Presión Intraabdominal, Presión Intracraneal, etc.
- Intentar colocar todas las bombas de infusión y sueros en un mismo soporte para poder ser acoplado a la cama.
- Si el paciente estuviera con nutrición enteral suspender y dejar sonda nasogástrica a bolsa.
- En pacientes con nutrición parenteral, retirar para el traslado y dejar un suero glucosado 5% o según pauta médica. Mantener la conexión de la nutrición parenteral lo más aséptica posible, poniendo en su conexión y ésta cubierta por una gasa impregnada en clorhexidina.
- Proteger al paciente de cambios de temperatura, tapándole con una sábana.
- Importante para la enfermera revisar las fijaciones de vías, tubo endotraqueal, drenajes, etc. Para evitar retiradas accidentales durante su transporte.
- Revisar mochila de transporte, comprobando el estado y autonomía del material necesario (carga de baterías, balón de O₂, nivel de llenado de bolsas de orina y drenajes, perfusiones).
- Comprobar el ciclado del respirador y llevar siempre un balón de resucitación con mascarilla para posibles extubaciones o complicaciones con el respirador.
- Comprobar funcionamiento del monitor, fijar los límites de alarmas y calibrar transductores de presión arterial.
- Cerrar y sellar aquellos sistemas de drenaje de los que podamos prescindir. En pacientes con drenajes con aspiración tipo Pleur- evac no es necesario pinzar el tubo, basta con desconectar la aspiración o incluso si es menos molesto colocar válvula de Heimlich.
- Como norma y siguiendo las indicaciones del protocolo de prevención de infecciones urinarias, se pinzará la sonda el mínimo tiempo necesario (por ejemplo al pasar al paciente de una cama a otra) y siempre que se pueda llevaremos los colectores de orina fijados a la cama, nunca encima.

- En pacientes intubados una actuación de Enfermería sería aspirar secreciones antes de iniciar su traslado para evitar complicaciones por acúmulo de secreciones.
- Anotar constantes previas al traslado para poder valorar posteriormente la repercusión de este sobre el paciente.
- Si no hay disponible monitor de transporte utilizar medios alternativos para el control hemodinámico del paciente, pulsioxímetro, esfingomanómetro, fonendoscopio, etc.
- Realizar informe de cuidados de Enfermería o alta si el paciente requiere trasladarse a otro centro.
- Acompañar con el enfermo la historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.

Fase de transporte.- Es la fase de traslado del paciente desde su unidad de ingreso a otra unidad o a la realización de una prueba complementaria / diagnóstica

- Antes de iniciar el traslado confirmar con el servicio receptor su disponibilidad para evitar esperas.
- Si la unidad tiene su disposición una llave de bloqueo de ascensores, debemos de usarla para evitar esperas innecesarias.
- Todo paciente que se vaya a someter a un TI se verificará su preparación rellenando un CHECK LIST para evitar olvidos y unificar criterios.
- Ante la sospecha de complicaciones, se comentará con el facultativo que valorará suspender la prueba o tomar otras medidas oportunas.
- Al terminar la prueba pasar al paciente y recoger aquellos utensilios que transportamos con el paciente (mochila de transporte, balón de resucitación, historia médica, etc.)

Fase de regreso y estabilización en la unidad.- Es la recepción o llegada del paciente a la unidad de cuidados intensivos después de la realización de una prueba complementaria / diagnóstica donde será el personal de dicha unidad la que recepcione al paciente.

- Recepción del paciente por parte del personal de la unidad.
- Monitorización del paciente y conexión al respirador o al caudalímetro con los parámetros anteriores o los que indique el facultativo.
- Volver a conectar al paciente a las medidas de presiones que tuviera y drenajes con aspiración tipo Pleur- evac.
- Reinstaurar las perfusiones de las que prescindimos a la hora de realizar el traslado.
- Toma de constantes a la llegada del servicio.
- Reiniciar nutrición enteral suspendida para el traslado.
- Reiniciar nutrición parenteral retirando el suero glucosado.
- Revisar vías, tubo oro traqueal, sonda vesical que no esté pinzada, drenajes, etc.
- Anotar hora de salida y regreso a la unidad, procedimiento realizado, medicación administrada, incidencias que hayan surgido, etc.
- Retirar sábanas sobrantes dejando al paciente en una cama limpia y lo más cómodo posible.
- Reponer material utilizado de la mochila de transporte para el siguiente traslado.

- Limpiar y colocar el equipo utilizado sin olvidarnos de conectarlo a la red para su carga de batería.
- Comprobar balón de oxígeno y si está agotado realizar parte a mantenimiento por intranet del hospital para el próximo traslado.

8. PROBLEMAS POTENCIALES:

Todo traslado de pacientes está expuesto a posibles complicaciones e imprevistos durante el mismo, al igual que conlleva una serie de riesgos que den de ser valorados antes de tomar la decisión del transporte (riesgo vs beneficio). Los riesgos a los que se somete el paciente durante su traslado pueden ser minimizados gracias a la planificación, el uso de un equipo cualificado y la utilización de material adecuado en cada circunstancia. Si la monitorización es la adecuada y el soporte ventilatorio está garantizado de manera correcta durante su traslado, la aparición de incidencias graves es menor.

El impacto del transporte sobre los pacientes se hace por dos mecanismos. Por un lado, el movimiento del paciente, cambios en la postura, etc., tienen una potencial repercusión hemodinámica, respiratoria, neurológica, psicológica y a nivel del dolor. Por otro lado, el cambio de entorno desde la protección de una unidad que presta cuidados críticos, cambios en el equipamiento (respirador), ruido, dureza del colchón o soporte donde se realiza la prueba diagnóstica/ Intervención son fuentes de incomodidad y crean estrés adicional.

Se diferencian dos clases de efectos adversos:

- Menores: Cambios en las constantes vitales (se habla de modificaciones en torno al 20%) con respecto al nivel previo antes del transporte y problemas por el equipamiento.
- Mayores: Los que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren intervención terapéutica urgente.
- Principales Efectos Adversos:
 - Cardiocirculatorios: Hipotensión severa o hipertensión
 - Arritmias, Paradas cardíacas
 - Muerte
 - Respiratorios: Hipoxia leve, broncoespasmo, neumotórax.
 - Extubación intubación selectiva.
 - Desincronización paciente – ventilador.
 - Hipotermia
 - Neurológico: agitación, hipertensión endocraneal
 - Mal funcionamiento del equipo
 - Fallo eléctrico o del suministro de oxígeno
 - Errores humanos
 - Pérdida del paciente
 - Tratamiento Inadecuado

La incidencia global de los efectos adversos llega al 68%, mientras que las de los efectos adversos mayores es del 4,2 – 8,9%. Según los diferentes estudios, las paradas cardiorrespiratorias oscilan desde 0,34 al 1,6%

9. PUNTOS A REFORZAR:

Se hará hincapié en que un TI realizado por un equipo entrenado y cualificado, junto con un protocolo que unifique criterios, reduce las posibles complicaciones y problemas durante el mismo.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Para esta guía se ha realizado una hoja de registro e incidencias donde se recogerán los datos de todos los TI que se realicen en las unidades y se podrá registrar las incidencias que puedan ocurrir en el mismo. Estos datos nos ayudarán a conocer el grado de cumplimiento del protocolo y si las incidencias que ocurren en los TI se deben a una mala preparación del traslado, problemas con el material, utilidad del protocolo, etc. Así podremos hacer una reevaluación, donde se corregirán sus deficiencias.

11. REGISTROS:

A la hora de realizar un TI debemos tener en cuenta el cumplimiento de la siguiente documentación:

Check list: hoja a modo de guía que nos ayudará a la preparación del paciente para su traslado y evitará que se nos pase cosas por alto que puedan llevarnos a cometer errores o problemas durante el mismo.

Hoja de incidencias de traslado: Será donde podamos registrar los problemas, complicaciones e incidencias que han aparecido durante el Traslado.

Solicitud de procedimiento a realizar y consentimiento informado de esa prueba.

Informe de cuidados de Enfermería por traslado intrahospitalario. En caso de que se necesario. Debemos recordar que “lo que no está escrito, no se ha hecho”. Por ello, para intentar mejorar la calidad del traslado debemos recoger los problemas para intentar poner soluciones.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE APLICACIÓN DE UNA GUÍA DE TRASLADO
INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTE CRÍTICO

INSTITUCIÓN:

FECHA:

HORA:

EDAD:

GÈNERO: M F

FASE DE PREPARACIÓN	CUMPLE (1)	NO CUMPLE(0)
1. Personal capacitado		
2. Informa el procedimiento.		
3. Verifica paciente correcto		
4. Retira medidas de presión.		
5. Coloca bombas de infusión, medicación y sueros en un mismo soporte.		
6. Suspender nutrición.		
7. Protege al paciente de cambios de la temperatura.		
8. Revisa las fijaciones de vías, tubo endotraqueal, drenajes, sondas.		
9. Revisa mochila de transporte.		
10. Comprueba funcionamiento de equipos.		
11. Comprueba el ciclado del respirador y llevar siempre balón de resucitación con mascarilla.		
12. Aspira secreciones antes de iniciar su traslado.		
13. Anota constantes previas al traslado.		
14. Utiliza medios alternativos para el control hemodinámico del paciente, Pulsioxímetro, esfigmomanómetro, fonendoscopio, etc.		
15. Lleva historia clínica y pruebas diagnósticas que puedan ser de utilidad.		
16. Confirma con el servicio receptor su disponibilidad.		
FASE DE TRASPORTE		
17. Vigila de constantes vitales.		
18. Supervisa el paso por las puertas.		
19. Conecta el respirador portátil al balón de oxígeno.		
20. Coloca el monitor y el respirador en un lugar visible.		

21. Revisa la colocación del tubo endotraqueal, vías, drenajes, tubuladura del respirador, etc.		
22. Valora la necesidad de sedo relajación y aspiración de secreciones durante el traslado.		
23. Si el paciente está consciente explica procedimiento.		
24. Ante la sospecha de complicaciones, se comunica con el facultativo que valorará suspender la prueba o tomar medidas oportunas.		
25. Al terminar la prueba pasa al paciente de nuevo a su cama con las mismas precauciones anteriores.		
26. Verifica que paciente se encuentre con quipos de monitorización.		
FASE DE REGRESO Y ESTABILIZACIÓN		
27. Recepción del paciente por parte del personal de la unidad.		
28. Monitorización del paciente, conexión al respirador y verificar vía área.		
29. Reinstaura las perfusiones al retorno del traslado.		
30. Reinicia nutrición enteral.		
31. Revisa vías, sonda vesical que no esté pinzada, drenajes, etc.		
32. Anota hora de salida y regreso a la unidad, procedimiento realizado, medicación administrada, incidencias que hayan surgido, etc.		
33. Deja al paciente en cama limpia, quedando cómodo		
34. Repone material utilizado de la mochila de transporte para el siguiente traslado.		
35. Limpia y coloca el equipo utilizado y conectarlo a la red para su carga de batería.		
36. Comprueba balón de oxígeno.		

ANEXO 3

CHECK LIST DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO

REGISTRO DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO											
NOMBRE Y APELLIDO: N° de HCL:			LUGAR DE TRASLADO: FECHA :			HORA SALIDA: HORA RETORNO:					
ANTES DEL TRASLADO			DURANTE EL TRASLADO			DESPUÉS DEL TRASLADO					
SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A			
Identificación correcta del paciente			Vigilancia de las constantes vitales del paciente			Instalación del paciente en su unidad					
Preparación correcta del paciente			Vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente			Brindar comodidad y confort					
<ul style="list-style-type: none"> Hemodinámica estable Posición adecuada del paciente Vía aérea permeable Vías y catéter permeables Drenajes y sondas evacuados y clampados 			EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES Cambios en la Funciones vitales Agitación y mala adaptación al ventilador Extubación paro cardiorrespiratorio Otros			Retirar balones de oxígeno y avisar para el llenado.					
Preparación correcta del equipo de transporte						Cargar ventilador portátil para mantener su operatividad					
<ul style="list-style-type: none"> Ventilador portátil operativo con batería cargada Pulsioxímetro y/o monitor operativo y cargado Maletrín de transporte equipado y operativo Balón de oxígeno lleno Conexiones de cama y equipos se encuentran libres 						Instalación de fluidos y/o medicamentos					
Preparación adecuada para procedimiento						Finalizar conexiones de cama y equipo					
Consentimiento informado						ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ¿Cuál?.....			OBSERVACIONES:		
Verificación de Historia clínica											
Coordinación con el servicio receptor del paciente											
Verificación del pasillo y ascensor libre											
INTENSIVISTA: FNFFRMFRA: TECNICO:			INTENSIVISTA: FNFFRMFRA: TECNICO:			INTENSIVISTA: FNFFRMFRA: TECNICO:					

ANEXO N° 4

LISTA DE COTEJO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.

INSTITUCIÓN:

FECHA:

HORA:

EDAD:

GÈNERO: M F

EVENTOS ADVERSOS FRECUENTES EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO		
PREVENIBLES	SE PRESENTÓ	NO SE PRESENTÓ
1. Desconexiones temporales de monitorización (ekg, pulsioxímetro o, etc...)		
2. Respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía.		
3. Tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto prolongación del tiempo de traslado.		
4. Falta de coordinación SOP al servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente.		
5. Desconexión accidental de sonda vesical.		
6. Extracción accidental de SNG o de vía venosa.		
7. Extubación accidental.		
8. Salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos.		
9. Bombas de perfusión de jeringa sin batería.		
10. Déficit en la comunicación.		