



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRASLADO DEL
PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO EN SALA DE
OPERACIONES EN LA CLÍNICA STELLA MARIS LIMA, PERU,
2016”**

**Proyecto para optar el Título de Enfermera Especialista en Centro
Quirúrgico Especializado**

INVESTIGADORA

CAPARACHIN GONZALES, ELIANA LUCIA

HENOSTROZA INGA ROSA MARÍA

Lima – Perú

2016

LIC. ESP. DELIA DANJOY LEÓN

Asesora

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Justificación	8
1.4 Viabilidad	9
1.5 Factibilidad	9
CAPITULO II	10
2.1 Propósito.....	10
2.2. Objetivos del estudio	10
CAPITULO III	11
3.1 Marco teórico.....	11
3.1.1 Antecedentes del Estudio.....	11
3.1.2 Base teórica.....	15
-Riesgo en el traslado de pacientes.....	15
-Eventos adversos en el traslado del paciente	18
-Eventos adversos en el traslado del paciente relacionados con la atención de enfermería.....	20
-Filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica.....	22
CAPITULO IV	26
4.1 Diseño de estudio	26
4.2 Área de estudio	26
4.3 Población	26

4.4 Muestra	26
4.5 Definición operacional de términos.....	28
4.6 Procedimientos y técnicas de recolección de datos	28
4.7 Validación de instrumentos	29
4.8 Plan de recolección de datos.....	29
4.9 Operacionalización de la variable.....	30
4.10 Tabulación y análisis	36
CAPITULO V	37
5.1 Consideraciones éticas y administrativas	37
5.2 Cronograma de actividades	38
5.3 Presupuesto.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
ANEXOS	43
ANEXO N° 1	44
Lista de verificación de eventos adversos en el traslado de sala de operaciones a la unidad de recuperación post anestésica y/o unidad de cuidados intensivos	
ANEXO N°2	47
Escala de clasificación de riesgo para el traslado del paciente	
ANEXO N° 3	49
Consentimiento para participar en un estudio de investigación	

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de riesgo y eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato en cirugía mayor en centro quirúrgico. **DISEÑO METODOLÒGICO:** El estudio utilizará el método cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal, prospectivo y se llevará a cabo en el servicio de Centro quirúrgico de la Clínica “Stella Maris”, la población estará conformada por los pacientes adultos y adultos mayores de género masculino y femenino que serán sometidos a cirugías mayores programadas y de emergencia. **TÈCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÒN DE DATOS:** Para la recolección de datos se aplicarán las técnicas la observación directa, como instrumentos se utilizará la lista de Verificación de eventos adversos en el traslado y la escala de riesgo en el traslado intrahospitalario. **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:** El instrumento que se utilizará para la variable de eventos adversos será validado por jueces expertos y además se aplicará una prueba piloto; y para la variable nivel de riesgo de traslado intrahospitalario se encuentra validado. **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÒN DE DATOS:** Se coordinará la autorización institucional como el consentimiento informado de los participantes, previo se aplicará el instrumento. **TABULACIÒN Y ANÀLISIS DE DATOS:** Los datos serán ingresados al programa estadístico SPSS versión 18.0 para su análisis, se presentaran en tablas de distribución de frecuencia según las dimensiones para los eventos adversos y escala de clasificación del instrumento para el nivel de riesgo. **ASPECTOS ÈTICOS:** Los pacientes participaran voluntariamente, sin discriminación, ni daño alguno.

Palabras claves: **Evento adverso, traslado intrahospitalario.**

INTRODUCCION

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es proporcionarle cuidados de calidad y a la vez garantizar la seguridad de los mismos. Es así que la Organización Mundial de la Salud, define la seguridad en el paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria; por lo cual se debe emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen.(1)

En la actualidad, el evento adverso es definido como “aquella situación que termina en daño no intencional al paciente como consecuencia del cuidado proveniente o con ocasión de este, más que como consecuencia de la enfermedad de base y que puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro en el estado de salud del paciente y prolongación del tiempo de estancia hospitalaria”. (2)

Los Eventos adversos son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad, y los daños producidos por errores quirúrgicos son desproporcionadamente grandes (3,4).Es más, los pacientes son más vulnerables cuando están siendo intervenidos. Pretender que los pacientes se conviertan en su propio cuidador de su seguridad es difícil de conseguir cuando están anestesiados por la medicación analgésica. Los pacientes y sus familias ponen su fe en la enfermera quirúrgica y en sus compañeros de quirófano para asegurar que el paciente recibe una atención segura y efectiva (5).

Dentro de este ámbito, el traslado de pacientes críticos en sala de operaciones, entraña un riesgo para la estabilidad del paciente y una responsabilidad para los profesionales que lo acompañan. En los trabajos de Waddell (5), se encuentra hasta un 20% de complicaciones en pacientes procedentes de cuidados intensivos durante el traslado intrahospitalario. Indeck y colaboradores (5), comunican que hasta un 68% de todos los pacientes transportados en su estudio experimentan cambios fisiológicos de más de cinco minutos de duración durante el trayecto. Ehrenwerth y otros autores han mostrado que mientras que la frecuencia de incidencias durante el transporte es moderada (50%), la severidad de éstas es baja. Smith y colaboradores

(5), encuentran hasta un 60% de complicaciones (extubaciones accidentales, desconexión del respirador, desconexión de electrodos del monitor, interrupción en la administración de drogas vasoactivas, etc) en traslados para procedimientos programados y un 40% en traslados urgentes. Insel y otros autores, encuentran hasta un 13% de morbilidad en pacientes postoperados transportados desde quirófano a UCI. (5)

Se aprecia entonces que el desplazamiento de pacientes trae consecuencias desde inocuas hasta muy graves que comprometerían aun la vida del paciente, es por ello que la Sociedad Americana de Cuidados Críticos y de Tratamiento de Emergencia Médica establece la necesidad de determinar los riesgos para el paciente que va a ser sometido a un traslado intrahospitalario. Utilizar sistemas de clasificación de riesgo de traslado intrahospitalario, permite identificar grupos de pacientes complejos que requieren un nivel de cuidado mayor en el traslado.(6)

Los datos disponibles demuestran que al menos la mitad de esos eventos son prevenibles si se cumplen las normas de atención pertinentes y se utilizan herramientas específicamente ideadas para garantizar la seguridad, como las listas de comprobación. 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%.(7)

Por consiguiente el presente estudio tiene como objetivo identificar los niveles de riesgo del traslado del paciente postoperado inmediato en centro quirúrgico; así como determinar los posibles eventos adversos ocurridos durante este proceso, ya que se observa que involucra directamente a los profesionales de enfermería pues son en gran medida, los encargados de ejecutar esta práctica, haciéndolo además de manera fiable y segura.

CAPITULO 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 procesos seguros para el paciente, lo cual permite minimizar la ocurrencia de eventos adversos dentro del área institucional. (1)

La ocurrencia de un error en la atención de Enfermería puede convertirse en un evento adverso serio, que amenaza la vida del usuario y prolonga la estancia hospitalaria produciendo como resultado, una incapacidad o invalidez. Los pacientes hospitalizados no solo pueden verse beneficiados sino en ocasiones resultan afectados, involuntariamente cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al atenderlos. Cualquier profesional de la salud puede cometer un error en alguna intervención, a las enfermeras corresponde prevenir cometer actos de mala práctica, que son específicas para sus competencias. (8)

Durante el proceso quirúrgico, la seguridad del paciente, conlleva prácticas seguras por parte de todo el equipo quirúrgico mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, eliminando los evitables y previendo los que hay que asumir de forma inevitable, planteando objetivos alcanzables en todos los niveles de la organización sanitaria, para así disminuir los efectos adversos derivarlos del mismo. El proceso quirúrgico comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la recuperación post-operatoria, en un entorno adecuado de información, confort y seguridad.(8)

Dentro de este entorno del proceso quirúrgico, el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico de sala de operaciones a recuperación o a la unidad de cuidados intensivos, así como la diversidad de patologías a trasladar, conllevan a riesgos en el paciente y a la aparición de complicaciones en su enfermedad, ya que una caída, retiro accidental de una sonda vesical o dren en la mayoría de las ocasiones no provocan daños graves pero pueden traer complicaciones serias para el paciente, lo cual dificulta y retrasa su recuperación.

El estándar del traslado intrahospitalario es brindar el mismo nivel de cuidados, monitorización e intervención que el paciente recibe en sala de operaciones. Cuanto más grave se encuentre el paciente, mayores son las posibilidades de exponerlo a errores e incidentes que atenten contra su precario equilibrio. Existen en la literatura recomendaciones de asociaciones nacionales e internacionales en relación al traslado de estos pacientes. El traslado intrahospitalario sujeta al paciente a los riesgos del transporte en sí, como la aceleración, desaceleración, cambios de posición, de cama a camilla y viceversa con las implicaciones en dolor, hemodinámicas, pulmonares y psicológicas que implica, así mismo el dejar el área protectora con cambio de monitores y ventiladores, lo cual implica un riesgo. (9)

El traslado intrahospitalario es frecuente en los pacientes en estado crítico. Se estima que del 23 al 52% de los pacientes en ventilación mecánica son sometidos a este riesgo. A pesar de todas las mejoras del TIH, la incidencia y efectos adversos que persisten es alta, por lo que es necesario continuar haciendo énfasis en la seguridad. Si clasificamos, los eventos adversos en menores (que implican una disminución de un 20%, de los parámetros basales del paciente) y los mayores (que ponen en riesgo la vida del paciente y requieren una intervención terapéutica inmediata), las series reportan los primeros con una incidencia de 50% y los mayores con incidencias de 4 a 9%. La mayor parte de los reportes es voluntaria, por lo cual suponemos que la

incidencia es más alta. Los paros cardíacos se reportan con una frecuencia menor a 2%(10).

En un estudio de Calderón refiere que durante la observación directa y aplicando un cuestionario, a una población de 120 pacientes, presentaron eventos adversos durante su traslado de Centro Quirúrgico hasta el servicio de Cirugía.(11)

Siendo el centro quirúrgico una de las áreas donde se lleva a cabo el traslado intrahospitalario de pacientes críticos, el personal de enfermería va estar muy implicado y va a necesitar una adecuada planificación y protocolización para evitar la aparición de complicaciones que aumenten la morbimortalidad del paciente quirúrgico.

El Servicio de Centro quirúrgico de la Clínica Privada “Stella Maris”, distrito de Pueblo Libre, tiene asignada la misión de proporcionar una atención óptima a los pacientes que requieren intervención quirúrgica para satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos Cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad. Dentro de esta cartera de servicios tiene, entre otros, la coordinación y asistencia sanitaria, así como el traslado intrahospitalario de sala de operaciones hacia la unidad de recuperación o unidad de cuidados intensivos. Para poder realizar el traslado intrahospitalario de pacientes, el servicio dispone en la actualidad de 4 profesionales y no profesionales, medico anesthesiólogo, médico cirujano, enfermera y técnico asistencial; 6 camillas; 1 balón de oxígeno; 1 desfibrilador y 1 manta térmica.

Del total de cirugías realizadas en el servicio en un mes, aproximadamente 330, el 75% son realizadas con anestesia general y requieren traslado intrahospitalario, de estos el 15% son destinadas a la unidad de cuidados intensivos y el 60 % se dirige a la unidad recuperación postanestésica. Los responsables de coordinar los traslados intrahospitalarios son el medico anesthesiólogo y la enfermera circulante.

Una vez finalizada la operación y se dispone a realizar el traslado intrahospitalario, la duración media del traslado se estima en 10 minutos y en la mayoría de casos no llevan oxímetro, ya que no cuentan con el equipo y ocasionalmente la unidad de cuidados intensivos les provee para el traslado de sus pacientes.

En los últimos años, se ha producido un aumento de la demanda de servicios quirúrgicos y por consiguiente un incremento del número de traslados intrahospitalarios en centro quirúrgico, debido, entre otras causas al aumento de la población y a un cambio en la modernización de los servicios quirúrgicos, disminuyendo así el tiempo de la cirugía y por lo tanto realizándose más operaciones, además de ello, los eventos adversos constatados en el área de estudio son las caídas y las extubaciones repentinas.

En razón a toda la situación observada, se desea disminuir los eventos adversos en el traslado para lo cual se requiere diagnosticar cuales son los más frecuentes y a que niveles de riesgo mayormente están sometidos los pacientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Teniendo en cuenta el contexto planteado se considera sumamente importante investigar el siguiente problema: ¿Cuáles son los niveles de riesgo y eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente adulto y adulto mayor postoperado inmediato de cirugía mayor en centro quirúrgico en la Clínica Stella Maris, Lima, durante mes de mayo, 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN:

Es importante realizar este estudio porque al ser la enfermera integrante fundamental del equipo quirúrgico, teniendo como responsabilidad el cuidado del paciente y por todo lo antes mencionado, nace la idea de buscar determinar los niveles de riesgos que existen durante el traslado y identificar oportunamente los eventos adversos posibles.

Abandonar el espacio de seguridad que para estos enfermos representan los quirófanos puede ser un riesgo menor, igual o mayor que el procedimiento en sí que origina el traslado intrahospitalario, contando con la distancia por recorrer, los obstáculos por vencer (desniveles, ascensores, etc.) y el tiempo que tome el traslado, se hace necesario entonces reproducir el ambiente durante la movilización con la finalidad de disminuir los eventos adversos que puedan surgir. El riesgo de morbilidad y mortalidad del paciente grave se incrementa durante el traslado, por lo que el traslado intrahospitalario de un enfermo crítico tiene que estar avalado por la ponderación de los riesgos y beneficios potenciales, pues representa un grado adicional de inestabilidad para el paciente y de responsabilidad para el personal que lo acompaña.

De acuerdo con Filardo se encontró que a partir del análisis de los riesgos, permite establecer estrategias e introducir intervenciones dirigidas a mejorar y hacer más seguras los traslados intrahospitalarios.(12)

La investigación planteada podrá contribuir a determinar los niveles de riesgos existentes durante el traslado intrahospitalario del paciente post operado inmediato, así como los eventos adversos posibles sino se cuenta con los respectivos cuidados de enfermería.

También es de gran utilidad para el desarrollo teórico – práctico de la enfermera en centro quirúrgico e incluso el método que se emplee en la medición de las variables podrá ser usado en otros ambientes e instituciones hospitalarias públicas o privadas del país. A la vez es de origen único ya que no existe estudio alguno sobre este

tema en la clínica privada “Stella Maris”, así como en otras entidades de salud del país.

1.4 VIABILIDAD

Se cuenta con el apoyo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia- Facultad de Enfermería y con la respectiva autorización de las autoridades de la Clínica Privada Stella Maris para poder llevar a cabo el estudio propuesto y por todo lo antes descrito se considera que la presente investigación es viable.

1.5 FACTIBILIDAD

La presente investigación se realizará en un corto tiempo y será accesible para otras investigaciones. Los recursos humanos necesarios estará dado por las investigadoras; asimismo, los recursos económicos serán asumidos, así como, los gastos para materiales logísticos y traslados.

Por todo lo mencionado la presente investigación es factible a realizar.

CAPITULO II

2.1 PROPOSITO

-Se contara con información valiosa a manera de diagnóstico de la ocurrencia de eventos adversos y niveles de riesgo en el traslado en centro quirúrgico.

-En base al diagnóstico se podrá diseñar intervenciones y estrategias de enfermería aportando unos cuidados de calidad en todo momento, reduciendo e incluso evitando la aparición de posibles complicaciones o eventos adversos.

-Contribuirá para una prestación de asistencia más calificada, donde los riesgos producto de los errores humanos sean reducidos, así como también permitirá unificar criterios a la hora de trasladar a un paciente; asimismo ayuda a garantizar la seguridad del paciente.

-Motivará a otras investigaciones con el fin último de mejorar la calidad de atención y disminuir los niveles de riesgo y eventos adversos durante el traslado en centro quirúrgico.

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.2.1. Objetivo General:

-Determinar el nivel de riesgo y eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato en cirugía mayor en centro quirúrgico en una clínica privada en Lima durante el mes de mayo, 2016.

2.2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de riesgo durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato.

- Identificar los eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato.

CAPITULO III

3.1 MARCO TEORICO

3.1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Se hizo la búsqueda de investigaciones relacionadas con el problema encontrándose antecedentes realizados

Tenemos el estudio de investigación realizado en el extranjero por Filardo, García, Nieto, Delicado, Sanchez, Totorika, en España, el año 2007, titulado “La seguridad del paciente crítico durante el traslado intrahospitalario” cuyo objetivo fue identificar las principales causas y factores de riesgo asociados al traslado intrahospitalario que pueden contribuir o facilitar la aparición de Eventos adversos. Estudio basado en técnicas de investigación cualitativa con la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por enfermeras, médicos, auxiliares y celador. El grupo nominal estuvo constituido por profesionales con experiencia en cuidados intensivos superior a 5 años, vinculados con aspectos relacionados con la seguridad del paciente y cuya participación fue voluntaria. El análisis causa raíz, permitió representar un diagrama de Ishikawa del proceso de traslado intrahospitalario del paciente crítico. Los resultados alcanzados en el estudio fueron que del del evento adverso analizado, se identificaron 8 ámbitos de riesgo relacionado con el paciente, el equipo, la comunicación, formación, equipamiento y recursos, individuales, condiciones de trabajo y asociados a la organización. Fueron seleccionadas 25 causas y factores de influencia que se agruparon en cada ámbito de riesgo identificado. La clasificación se realizó según “The National Patient Safety Agency- National Health Service” (NPSA-NHS). Y se elaboraron 8 recomendaciones encaminadas a eliminar, controlar o reducir la potencialidad del riesgo y sus consecuencias, llegando a las siguientes conclusiones: “La gestión de la seguridad, a partir del análisis de los riesgos, permite establecer estrategias e introducir intervenciones dirigidas a mejorar y hacer más seguras los Traslado Intrahospitalario. Es necesario protocolizar el proceso de Traslado Intrahospitalario en el paciente crítico basándose en las recomendaciones existentes y el uso de herramientas que permitan iniciar el proceso con los requisitos de seguridad necesarios. La

necesidad de incrementar la seguridad del paciente, facilitar el ejercicio profesional y mejorar la calidad asistencial, justifica todos los esfuerzos dirigidos a reducir el impacto de los eventos adversos”.(12)

También en el estudio de investigación realizado por MelgarejoA, Bernat M., en España, el año 2014., titulado “Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación”, cuyo objetivo fue identificar qué eventos adversos (EA) se relacionan con el traslado intrahospitalario asistido y cómo la cumplimentación de un protocolo puede prevenir potenciales riesgos. Fue un estudio observacional descriptivo. Se analizaron 110 traslados realizados en turno de mañana en un servicio de medicina intensiva de un hospital de referencia, en el periodo comprendido de enero a marzo de 2011. En el cual se recogieron variables relacionadas con factores latentes de seguridad y con eventos adversos. Los resultados del estudio fueron que la duración media por traslado fue de 37,16 min. Un 61,82% de los traslados se realizaron de forma programada. Se detectaron un 18,18% de Eventos Adversos. Desaturación e inestabilidad hemodinámica representaron en ambos casos un 2,7%. Los factores latentes relacionados con la monitorización de transporte representaron un 5,5% y los relacionados con la ventilación de transporte fueron un 2,7%. No disponer de todo el material en la camilla representó un 1,8%. Se detectan 31 Eventos Adversos que indican un incumplimiento del protocolo, esto representa un 27,15% del total de traslados. Llegando a la conclusión de que previamente a cada movilización se recomienda realizar una valoración riesgo/beneficio para prevenir potenciales alteraciones en la situación fisiopatológica del paciente. El protocolo y el listado de verificación son herramientas importantes para detectar factores latentes y mejorar la seguridad durante el traslado intrahospitalario.(13)

A nivel Latinoamericano, el estudio realizado por Calderón en el 2011, en Ecuador, titulado “Eventos Adversos durante el traslado de pacientes post-quirúrgicos de la sala de operaciones al servicio de cirugía”, cuyo objetivo fue analizar los eventos adversos que se presentan en el traslado al servicio de Cirugía los pacientes post – quirúrgicos del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra. Fue un estudio descriptivo y analítico, porque de esta manera determinamos los eventos adversos que se desarrollaron durante el

traslado de pacientes post – quirúrgicos del Hospital San Vicente de Paúl en el mes de Enero a Junio del 2010. El universo lo conformaron 120 pacientes que durante su traslado al servicio de cirugía presentan eventos adversos y las técnicas que se aplicaron son la observación directa y el cuestionario. Los resultados de la investigación muestran que los eventos adversos más frecuentes fueron: Desconexión accidental de Drenes Quirúrgicos en el cual podemos ver que existe un 19%, Extracción accidental de Vía Venosa 22%, presencia de cambios en la piel durante el traslado al servicio de cirugía 13%, presencia de escalofríos 67%, traumatismos durante el traslado 48%, también se observaron que en un 100% no utilizaron camillas apropiadas. Y concluye que: “Los eventos adversos que más se reportan por la literatura durante el proceso de atención de enfermería cuando se traslada a los pacientes desde Centro Quirúrgico hasta el servicio de Cirugía, son los que ocurren alrededor de mayor grado de intervención del paciente y condiciona la aparición de eventos adversos un profesional de enfermería con déficit de conocimientos, inexperiencia, desmotivación y sobrecarga laboral, que brinda cuidado a un paciente en estado de recuperación contando con materiales y equipamientos que no poseen las adecuadas condiciones en conjunto con un equipo de trabajo con el que tiene malas relaciones interpersonales”.(11)

También el estudio de investigación realizado por Carrillo B. y Urrutia M., en Chile, año 2012, titulado “Perfil de riesgo de pacientes adultos sometidos a traslado secundario por móviles avanzados del sistema de atención médica de urgencia del Área Metropolitana”, cuyo objetivo fue obtención de un perfil de riesgo de los pacientes sometidos a traslado secundario en el sistema de atención médica de urgencia del área metropolitana. Se realizó un estudio analítico, observacional de corte transversal en un universo que considera todos los pacientes mayores de 15 años sometidos a trasladados secundarios desde hospitales de alta complejidad tipo III y IV, por ambulancia avanzada de los móviles SAMU del área Metropolitana, entre el 1° de enero al 30 de junio de 2010. Con 95% de confianza se obtuvo una muestra aleatoria de 432 casos. Se recogieron datos demográficos (edad, género), biomédicos (comorbilidad), hemodinámicos (apoyo hemodinámico y ventilatorio) y del traslado (duración del traslado). Se consideró como variable resultado la presencia de PCR (Paro cardiorespiratorio) durante el traslado y el aumento de la escala de gravedad REMS

(Rapid Emergency Medicine Score). Dentro de los resultados hallados tenemos que la prevalencia de PCR durante el transporte fue de 6,4%. El promedio de edad de los pacientes trasladados fue de 57 ± 19 años, siendo 42,8% de la muestra de sexo femenino. La edad del usuario no mostró diferencias significativas al comparar el grupo de pacientes con y sin PCR, sin embargo, el sexo femenino presentó una prevalencia mayor en el grupo con PCR. El promedio de tiempo de traslado fue en el grupo total de 44 ± 28 min (valor $p = NS$). La existencia de comorbilidad no presentó diferencias significativas entre los grupos, sin embargo, el apoyo hemodinámico (drogas vasoactivas) y apoyo ventilatorio (bolsa manual), fueron significativamente más altos en el grupo de pacientes que presentaron PCR durante el transporte. En relación al REMS inicial (al momento de inicio del traslado) las diferencias fueron significativas entre ambos grupos, señalando un mayor puntaje en aquellos pacientes que desarrollaron un PCR durante el traslado. El presente estudio concluyó que el aumento del REMS implica un aumento de la mortalidad intrahospitalaria pudiendo resultar una escala útil para medir complicaciones inmediatas, mediatas y tardías del paciente trasladado. Una de las interrogantes planteadas al comienzo del estudio fue si la gravedad de un paciente podría determinarse por medio del REMS, sin embargo, los parámetros que incluye el REMS estuvieron disponibles en 92,6% de los casos estudiados, lo que demuestra su factibilidad de aplicación en la realidad nacional. El REMS desarrollado en el contexto pre-hospitalario fue un predictor de PCR en los pacientes, independiente de la edad, diagnóstico de traslado y comorbilidad, por lo que serían necesarias investigaciones nacionales que asocien la gravedad con la mortalidad intrahospitalaria.(14)

3.1.2 BASE TEORICA

RIESGO EN EL TRASLADO DE PACIENTES

1. FACTORES DE RIESGO EN EL TRASLADO DE PACIENTES

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(15)

Los factores que aumentan el riesgo del paciente trasladado se han organizado en base a tres aspectos: Riesgos del transporte, Características biomédicas del paciente, Evaluación del estado de gravedad.(15)

Los riesgos del transporte se basan en cambios bruscos de movimiento (aceleración y desaceleración), detectados por sensores propioceptivos y barorreceptores que desencadenan respuestas correctoras reflejas, movilizar a un paciente conlleva efectos hemodinámicos, que provocan redistribución transitoria de la sangre y otros fluidos, pudiendo ocasionar alteraciones como el aumento de presión venosa central y de la presión intracraneana. Evaluar el riesgo del traslado secundario requiere conocer la duración de éste para determinar alteraciones fisiopatológicas provocadas por los movimientos del transporte.

Dentro de las características biomédicas, la comorbilidad siempre influye en el pronóstico de gravedad del paciente, proporcionando un sustrato orgánico que favorece la instalación de nuevas enfermedades, lo que genera una condición de desventaja orgánica.

La edad y el género, son condiciones que se relacionan con diversas patologías, un estudio canadiense analizó las diferencias de género y edad en relación a morbimortalidad, concluyendo; en los pacientes mayores de 50 años las mujeres presentan menos probabilidad que los hombres a ser admitidos en la UCI, pero cuando se hospitalizan, presentan más probabilidad de morir que los hombres.

Otro aspecto a evaluar en el paciente trasladado es el apoyo hemodinámico y Ventilatorio requerido durante el transporte, definidos como factores de riesgo durante el traslado según diversas publicaciones.

2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN EL TRASLADO

Con base en lo anteriormente expuesto, los autores diseñaron, a partir de la adaptación hecha a un score de transporte interhospitalario ya existente, una escala de clasificación de riesgo para el transporte intrahospitalario del paciente grave, actualmente establecido en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez como protocolo de actuación para la movilización de pacientes fuera de la UCI. No sustituye la clasificación de los pacientes según su estado clínico y las necesidades de monitorización y soporte terapéutico que tengan, sino que se vale de estos aspectos para estimar de mayor o menor riesgo el transporte. Esta escala es un método que permite calcular el nivel de riesgo y anticipar las necesidades de cuidados que puede requerir un paciente durante el traslado. Se realiza a través de la suma de puntos que se asignan con relación a las condiciones clínicas y las intervenciones terapéuticas realizadas a cada paciente. Con el total de puntos obtenidos, se clasifica el transporte en bajo, intermedio o alto riesgo. Los aspectos a medir aparecen en un formulario ya establecido (16).

Tabla 1. Escala de clasificación de riesgo para el traslado intrahospitalario del paciente grave:

0-5 Transporte de bajo riesgo.

6-9 Transporte de riesgo intermedio.

> o igual 10 Transporte de alto riesgo

Vía aérea	
No aislada	0
TET o traqueotomía	1
Soporte Ventilatorio	
No	0
Oxígeno suplementario	1
Ventilación mecánica	2
Monitorización electrocardiográfica	
No	0
Necesaria	1
Imprescindible	2
Arritmias	
No	0
Aisladas	1
Frecuentes	2
Glasgow	
15 puntos	0
8-14 puntos	1
<8 puntos	2
Soporte farmacológico	
No	0
Antiarrítmicos	1
Aminas	2
Hemodinámica	
Estable	0
Moderadamente Estable (Volumen < 15ml/min)	1
Inestable (Requiere > 15ml/min y/o inotrópicos y/o sangre)	2
Vía Venosa	
No	0
Si, Periférica y Única	1
Si, Periférica Múltiple o Central	2
Respiración	
10-24 Resp/Min	0
25-35 Resp/Min	1
< 10, > 36, Irregular o apnea	2

EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE

Evento adverso: Las injurias o complicaciones no intencionales que son causadas por el manejo de la atención a la salud, antes que por la enfermedad del paciente y que conduce a la muerte, discapacidad al momento del alta y una hospitalización prolongada. (17)

Los eventos adversos se clasifican de la siguiente manera:

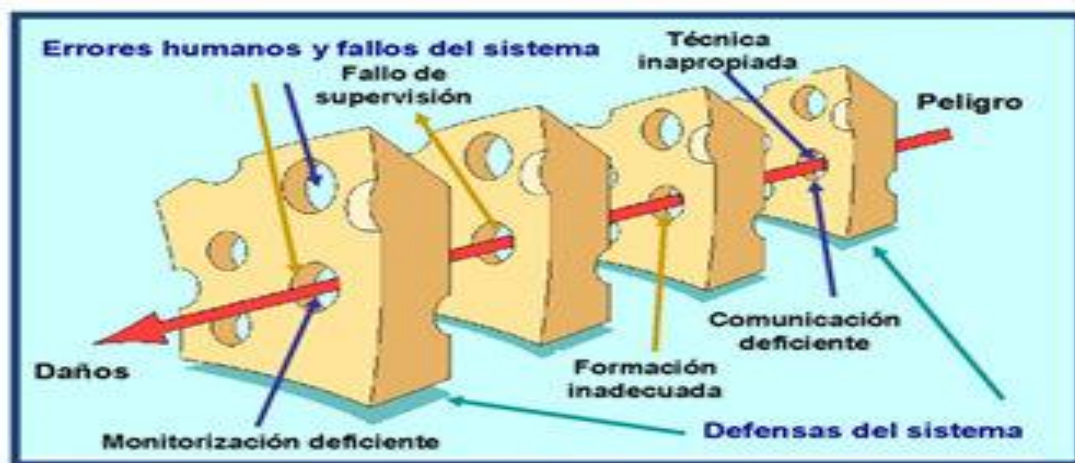
Segùn Gomez y Espinoza existen múltiples formas de clasificar el evento adverso, una de las más útiles respecto a la definición de la responsabilidad ética, penal, civil y administrativa, es aquella que lo divide en evento adverso prevenible y no prevenible. (18)

- El evento adverso no prevenible.- Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- El evento adverso prevenible.- Es el mal resultado de la atención que puede ser prevenido con el estado del conocimiento.
- Evento Adverso Centinela: Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.(18)

Las causas de la aparición de eventos adversos están relacionados con cada actividad del proceso de atención que tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos. Se puede presentar en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento, y asociado con problemas de comunicación, equipos y sistemas, entre otros. Como la atención en salud es un acto realizado por personas para personas, existe la posibilidad de que se cometan errores; por esta razón, las instituciones que proveen servicios deben contar con defensas o barreras que

prevengan la ocurrencia de daño o que, en el caso de presentarse, mitiguen adecuadamente sus consecuencias.

Las barreras defensivas idealmente deberían permanecer intactas de manera continua, pero en la realidad, éstas están en continuo movimiento, y cuando estos orificios en las defensas momentáneamente se alinean en una misma trayectoria se puede presentar el evento adverso (teoría del Queso Suizo). Las fallas en las defensas de la seguridad del paciente pueden ser activas o latentes. Son barreras defensivas: las barreras tecnológicas (alarmas, medios físicos, apagadores automáticos), las conformadas por los proveedores (enfermeras, médicos) y los controles administrativos (auditoría en salud, uso de protocolos). Se debe resaltar que el cuidado de enfermería es la primera barrera de seguridad de los pacientes, se consideran los centinelas primarios del cuidado del paciente.(19)



Los eventos adversos se relacionan con factores directos e indirectos. Son factores directos los problemas en la comunicación con el paciente y el equipo de salud, la falta de formación y destreza de los profesionales, el exceso de confianza, la inadecuada delegación de responsabilidades, la fatiga del recurso humano y la ausencia de seguimiento, entre otros. Son factores indirectos el tipo de sistema de salud, la sobredemanda, la falta de recursos y la estandarización en los procesos de atención (20).

Son causas de los errores asociados con el cuidado de enfermería (21):

-Sobrecarga de pacientes bajo la responsabilidad de una enfermera (que limitan el alcance y la calidad del trabajo, dilatando la realización de procesos terapéuticos, causando problemas en la identificación de los pacientes, monitorización en los cambios del estado de salud, detección oportuna de complicaciones y registro de éstos).

- Fatiga laboral: en Estados Unidos la relación de sobrecarga laboral semanal y evento adverso se ha documentando, por lo cual algunos han propugnado por limitar el trabajo de cada enfermera a no más de 12 horas al día y 60 horas a la semana, aunque algunos estudios reportan que el límite se debe fijar en 40 horas a la semana.

- Inadecuada orientación y entrenamiento, ausencia de monitoreo de la capacidad de atención.

- La complejidad del trabajo en equipo.

- El fracaso en crear una cultura organizacional que fomente la responsabilidad compartida y la comunicación abierta entre las personas de distintas disciplinas.

- El miedo al castigo.

- La falta de análisis sistemático de los errores.

EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DEL PACIENTE RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

En general, se acepta que existen tres tipos de eventos adversos en el traslado intrahospitalario de pacientes: relacionados al equipo, equipo médico y al paciente.(22)

1. Relacionados al equipo.

Los más frecuentes relacionados con el equipo son: falla de la energía eléctrica en ventiladores y monitores, desconexión de circuitos del ventilador, falla del pulsoxímetro, agotamiento del flujo de oxígeno y falla del ventilador mecánico. La prevalencia reportada de fallas del equipo, varía en la literatura entre un 16 y un 34%.

2. Relacionados al equipo médico.

Las fallas del equipo médico más frecuentes son: fallas en vigilancia, administración de medicamentos, episodios de hipotensión o hipertensión, extubación no programada, pérdida de líneas intravenosas, arteriales, sondas torácicas, catéteres epidurales, etc. Mención aparte merecen las líneas con fármaco vasopresores o inotrópicos, ya que su obstrucción produce serias consecuencias en los pacientes .

En general, estos errores son causados por deficiencias en la monitorización, entrenamiento, seguimiento de protocolos y falta de comunicación del equipo médico, y en general, son los más frecuentemente reportados.

3. Relacionados al paciente.

Los principales factores asociados a las condiciones del paciente son: arritmias, desaturación, presencia de dolor o agitación, hipotermia, etc. Este tipo de problemas, se considera que hubieran ocurrido aún sin el traslado del paciente y se deben a la evolución de los problemas médico-quirúrgicos. Se estima por lo mismo, que son más frecuentes durante las primeras 24 horas de estancia intrahospitalaria y cuando se realiza de modo emergente.

La estabilización del paciente antes de su traslado es de importancia práctica para prevenir estos factores de riesgo, ya que se ha demostrado, disminuyen en forma importante las complicaciones asociadas al estado del paciente. De estos fallos, se producen los eventos adversos, siendo los principales: pérdida de la vía aérea, desarrollo de neumotórax, neumonía asociada a ventilación mecánica, sangrado, embolismo aéreo, inestabilidad hemodinámica, para citar los principales.

Los pacientes con ventilación mecánica, son un subgrupo de alto riesgo por la elevada frecuencia de eventos adversos (EA), ya que los problemas con los ventiladores mecánicos llegan a ser un 22% de los eventos adversos observados.

El transporte intrahospitalario es también un marcador de gravedad, ya que existe correlación entre el número de traslados, gravedad del caso y la mortalidad.

FILOSOFIA DE PATRICIA BENNER Y LA PRACTICA CLINICA

En la práctica clínica de la enfermera en sala de operaciones los eventos adversos debido al traslado de pacientes son situaciones que se presentan debido a múltiples factores como anteriormente se ha mencionado; sin embargo, es necesario destacar que los factores relacionados al equipo de salud, específicamente en el campo de enfermería tiene una explicación en la teoría de Patricia Benner.

Esta autora de la teoría “De principiante a experto” mantiene que las prácticas de cuidados están imbuidas de conocimientos y habilidades sobre las necesidades cotidianas del ser humano y que, para ser experimentadas como atención, estas prácticas deberían estar en armonía con la persona concreta a la situación que se atiende y con la situación particular que se trata.

Considera que las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y que la falta de estudio de muestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de singularidad y la riqueza de conocimiento de la práctica clínica experta. (23)

Benner ha contribuido en gran manera a la descripción del saber práctico de la enfermería, así como también ha destacado la diferencia entre el saber práctico, un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas y precisas y saber teórico o explicaciones teóricas. El saber teórico sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El saber práctico consiste la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico, es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su teoría. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría. (23)

Benner observo que la adquisición de habilidades basadas en la experiencia es más segura y más rápido cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida.

Conceptos principales y definiciones

Principiante

En el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades, la persona que se encuentra en el estadio de principiante no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. Para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos. Existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación. Por regla general, este nivel se corresponde con los estudiantes de enfermería, pero Benner sugirió que también se podría aplicar este nivel a enfermeras expertas en un área determinada que deben enfrentarse a una situación o un área que les resulta desconocida. (23)

Principiante Avanzada

La principiante avanzada del modelo de Dreyfus es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. En este estadio, la persona posee la experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de la situación.

Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las tareas que deben realizar. Tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia, estudian las situaciones clínicas para demostrar sus capacidades y saber lo que exige la situación a la que se enfrentan, y no les interesa tanto conocer las necesidades respuestas de los pacientes. En esta etapa las enfermeras se sienten muy responsables del control del cuidado del paciente; no obstante, aun dependen en gran medida del consejo de enfermeras con más experiencia. Benner situó a las enfermeras recién graduadas en este nivel. (23)

Competente

Aprendiendo de las situaciones reales de practica e imitando las situaciones de los demás, la principiante avanzada pasa al estadio de competente. Este nivel de modelos de Dreyfus se caracteriza por una considerable planificación consciente y deliberada que determina los aspectos de las situaciones actuales y futuras que son importantes y cuáles no.

La coherencia, la previsión y la gestión del tiempo son importantes; el resultado es la consecución de un cierto grado de experiencia por medio de la planificación y la previsión. El nivel de eficiencia aumenta, pero la atención se centra en la gestión del tiempo y en la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente. La enfermera competente puede desarrollar una hiperresponsabilidad hacia el paciente, a menudo innecesaria, lo que puede conllevar una visión omnipresente y crítica de sí misma. La enfermera competente elabora nuevas normas y procedimientos de razonamiento para una planificación, aplicando las normas de actuación aprendidas en función de los hechos pertinentes de la situación. Para ser eficiente, la enfermera competente deberá dejar que la situación indique las respuestas. (23)

Eficiente

En el estadio eficiente del modelo Dreyfus, la persona percibe la situación como un conjunto, en vez de dividirla en aspectos, y la actuación se guía por máximas. El estadio eficiente es un salto cualitativo respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce.

Las enfermeras eficientes muestran una nueva habilidad para considerar la relevancia de los cambios en una situación, así como el reconocimiento y la capacidad de implantación de respuestas cualificadas en una situación a medida que evoluciona. En este estadio, la enfermera está más implicada con el paciente y su familia. (23)

Experto

El quinto estadio del modelo de Dreyfus se alcanza cuando la persona experta ya no se basa en el principio analítico (norma, directriz, máxima) para justificar la comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada. Para Benner (23), la enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en las soluciones y diagnósticos alternativos. Existe un cambio alternativo, ya que la enfermera “conoce al paciente”, lo que significa que conoce los clásicos patrones de respuesta, y que lo conoce como persona. Los principales aspectos de la práctica de una enfermera experta son los siguientes:

- Demostrar dominio clínico y de la practica basada en los recursos.
- Asimilación del saber practico.
- Visión general
- Previsión de lo inesperado

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo porque se va a recoger información del problema, se va a detallar cada variable y especificar sus propiedades y características y de corte transversal ya que se realizará en un momento dado.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Se llevará a cabo en la Clínica “Stella Maris”, que se encuentra ubicada Av. Paso de Los Andes 923, que pertenece al sector privado.

Específicamente en el servicio de Centro quirúrgico, la cual se encuentra en el tercer nivel de la institución

4.3 POBLACION

La población estará conformada por los pacientes adultos y adultos mayores de género masculino y femenino que serán sometidos a cirugías mayores programadas y de emergencia. Según las estadísticas en el año 2015 se realizaron 5400 intervenciones quirúrgicas, de las cuales según los criterios de inclusión/ exclusión y estadística del servicio se estima la población en 850 intervenciones quirúrgicas

4.4 MUESTRA

La muestra quedo constituida por los pacientes adultos y adultos mayores que serán sometidos a cirugía mayor durante el mes de Mayo y cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes adultos y adultos mayores de género masculino y femenino postoperados.
- ✓ Pacientes que deseen participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes programados de manera ambulatoria de distintas especialidades.

Y se usara la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para determinar proporcional, la cual es:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{E^2}$$

$$n_f = \frac{n}{1 + n/N}$$

Donde:

p: Proporción de pacientes que han sufrido eventos adversos (18%) según el estudio de investigación realizado por MelgarejoA, Bernat M., en España, el año 2014., titulado “Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación” (21). Por lo tanto: p = 0.18

q: 1 – p; por lo tanto q = 0.82

E: Error de estimación (5%); por lo tanto E = 0.05

Z: Factor de confianza (95%)

Entonces para la muestra tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.18 \times 0.82}{(0.05)^2} = 227$$

$$n_f = \frac{227}{1 + \frac{227}{850}} = 180$$

- ✓ Muestra= 180 intervenciones quirúrgicas

4.5 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Traslado intrahospitalario 1:

Es el desplazamiento del paciente postoperado desde la mesa de operaciones a la camilla de recuperación o de la unidad de cuidados intensivos en sala de operaciones.

Traslado intrahospitalario 2:

Es la transferencia del paciente una vez en la camilla desde la sala de operaciones a la unidad de recuperación postanestésica o unidad de cuidados intensivos, dejándolo en la posición adecuada, si requiere o no administración de oxígeno y monitorizado en su unidad.

4.6 PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnicas e instrumentos de recolección

-Para la variable eventos adversos en el traslado se utilizará como técnica de recolección de datos la observación directa, ya que el investigador se pondrá en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar. Así como también se aplicará como instrumento una Lista de Verificación de eventos adversos en el traslado (Ver anexo 1), la cual consta de 20 ítems, clasificados en prevenibles, no prevenibles y centinelas, cada ítem tomara el valor de (0) si no se presenta el evento adverso y (1) si se presenta el evento adverso con lo cual se identificara que eventos adversos se presentan con mayor frecuencia en el servicio

-Para la variable niveles de riesgo en el traslado se utilizará como técnica de recolección de datos la observación directa y como instrumento la escala de riesgo en el traslado intrahospitalario (ver anexo 2), la cual consta de 26 ítems, cada ítem podrá tomar 3 valores (0), (1) o (3) , se sumaran el puntaje asignado en cada indicador y se clasificara según los siguientes rangos:

0-5 Transporte de bajo riesgo.

6-9 Transporte de riesgo intermedio.

≥10 Transporte de alto riesgo

4.7 VALIDACION DE INSTRUMENTOS

-El instrumento que se utilizará para la variable de eventos adversos será validada por jueces expertos y además se aplicará una prueba piloto.

- El instrumento que se utilizará para la variable nivel de riesgo de traslado intrahospitalario, cuyo autor es Moreno Millán , es utilizado actualmente en Europa y adoptado institucionalmente en España por algunas comunidades autonómicas. Fue construido a partir de los modelos usados para la valoración del transporte de pacientes de Ehrenwerth y de Bion y ha sido validada, además de por los propios autores recientemente por Markakis. Esta escala tiene correlación con el pronóstico de los pacientes, permite discriminar los pacientes críticos propensos a desarrollar más complicaciones en ruta y por tanto, adecuar los recursos humanos y materiales a las necesidades reales del traslado, y proporcionar los más altos niveles de efectividad y eficiencia

4.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se inscribirá el proyecto en la Unidad de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Luego se presentará al Comité Institucional de Ética para Investigación de Seres Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
3. Presentación de una Solicitud para la aplicación de un estudio de investigación a la Dirección de la Clínica Privada Stella Maris.
4. Presentación de los instrumentos y proyecto a jefe de sala de operaciones y oficina de investigación y docencia.
5. Coordinación con el jefe médico y de enfermería sobre la aplicación de los instrumentos.

1ºMomento

- Ingreso al servicio de Centro quirúrgico en los horarios de 7:00 am a 13:00 horas, todos los días del mes de mayo.

-Antes de la aplicación de los instrumentos (ver anexo 1 y 2), con los pacientes conscientes y lucidos, en la etapa preoperatoria, se pedirá el correspondiente permiso a través del consentimiento informado(ver anexo 3).

2ºMomento

-Aplicación del instrumento en la etapa postoperatoria de cada cirugía mediante la técnica de la observación directa.

-Luego registro de los resultados en las listas de verificación.

-Con la información recabada se ordenó los datos para su respectivo análisis e interpretación de resultado en base a ello se elaboró sus propias conclusiones y recomendaciones pertinentes.

4.9 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Eventos adversos en el traslado	Se define como evento adverso a la consecuencia de una situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente.	Prevenible	Es la presencia de sucesos no deseados durante el traslado al paciente quirúrgico y que se han podido prever.	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia o no presencia de desconexión accidental de sonda vesical. - Presencia o no presencia de extracción accidental de SNG - Presencia o no presencia de extracción accidental de vía venosa. - Presencia o no presencia de extubación accidental. - Presencia o no presencia de salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos. - Presencia o no presencia de : No llevar drogas que se requieren. - Presencia o no presencia de Caídas
		No Prevenibles	Es el resultado no deseado, causado de forma no intencional,	Alteraciones fisiológicas:

		que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.	<ul style="list-style-type: none"> -Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias-desaturaciones. -Secreciones. -Falla hemodinámica del paciente. -Consecuencias de paciente poco sedado (movimiento, agitación, desadaptación a respirador, mordida del tot, hipertensión, etc...) -Fuga en el sistema de oxigenoterapia. -Cambio en el estado de la piel.
	Centinelas	Es el resultado no deseado que puede producir la muerte, un daño físico o psicológico severo o de carácter permanente, que genera cambios en el estilo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> -Caídas. -Extubación accidental. -Falla hemodinámica del paciente. -Parada Cardiorespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado.

<p>Riesgo en el traslado</p>	<p>Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p>	<p>Riesgos del traslado</p>	<p>Se basan en cambios bruscos de movimiento (aceleración y desaceleración), detectados por sensores propioceptivos y barorreceptores que desencadenan respuestas correctoras refleja, como también requiere conocer la duración de este.</p>	<p>VÍA AÉREA:</p> <p>No aislada</p> <p>TET o traqueotomía</p> <p>SOPORTE VENTILATORIO:</p> <p>No</p> <p>Oxígeno suplementario</p> <p>Ventilación mecánica</p> <p>MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA:</p> <p>No</p> <p>Necesaria</p> <p>Imprescindible</p> <p>ARRITMIAS:</p> <p>No</p> <p>Aisladas</p>
------------------------------	--	-----------------------------	---	--

				<p>Frecuentes</p> <p>GLASGOW:</p> <p>15 puntos</p> <p>8-14 puntos</p> <p><8 puntos</p> <p>SOPORTE FARMACOLÓGICO:</p> <p>No</p> <p>Antiarrítmicos</p> <p>Aminas</p> <p>HEMODINÁMICA:</p> <p>Estable</p> <p>Moderadamente Estable (Volumen < 15ml/min)</p> <p>Inestable (Requiere > 15ml/min y/o inotrópicos y/o</p>
--	--	--	--	---

				<p>sangre</p> <p>VIA VENOSA:</p> <p>No</p> <p>Si, Periférica y Única</p> <p>Si, Periférica Múltiple o Central</p> <p>RESPIRACIÓN:</p> <p>10-24 Resp/Min</p> <p>25-35 Resp/Min</p> <p>< 10, > 36, Irregular o apnea</p>
--	--	--	--	--

4.10 TABULACION Y ANALISIS

Los datos serán codificados y luego ingresados a una base de datos creado en el programa estadístico SPSS versión 18.0 (programa estadístico para las ciencias sociales) para su análisis.

Para determinar los eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato se obtendrán tablas de distribución de frecuencia según las dimensiones (prevenibles, nop prevenibles, centinelas) y los indicadores correspondientes.

Para identificar el nivel de riesgo durante el traslado intrahospitalario se obtendrán tablas de distribución de frecuencia según la escala de clasificación del instrumento (riesgo alto, intermedio y bajo).

Los resultados serán presentados en tablas, cuadros y gráficos.

CAPITULO V

5.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

Para el desarrollo de la presente investigación se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

- **Autonomía:** en el estudio, solo se incluirán a los pacientes adultos y adultos mayores de género masculino y femenino que serán sometidos a cirugías mayores programadas y de emergencia, que acepten voluntariamente participar y se respetará la decisión de querer permanecer dentro del mismo, para lo cual previamente se les hará firmar el consentimiento informado.
- **No maleficencia:** no se realizará ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los pacientes, solo se utilizaran litas de verificación aplicadas por las investigadoras.
- **Justificación:** la muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.
- **Beneficencia:** No tendrá un beneficio inmediato los sujetos en investigación, sin embargo, a futuro servirá para prevenir eventos adversos en el traslado en sala de operaciones.
- **Principio de Confidencialidad:** El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. En este estudio los datos serán presentados en forma general, sin mostrar nombres ni identificación.

5.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEMESTRES																	
	1	2								3								
	SEMANAS																	
	1	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
Recolección de información	X	X	X	X	X	X	X											
Identificación del tema del estudio	X	X																
Planteamiento del problema			X															
Planteamiento de objetivos				X														
Planteamiento de la justificación					X													
Planteamiento del propósito					X													
Búsqueda de antecedentes del estudio						X	X											
Búsqueda del marco teórico						X	X	X	X	X	X	X	X					
Redacción y Revisión									X									
Elaboración del diseño metodológico											X	X						
Elaboración de instrumentos													X					
Plan de recolección de datos														X				
Operacionalización de la variable															X			
Plan de tabulación y análisis																X		
Consideraciones éticas y administrativas																	X	
Redacción y Revisión																	X	

5.3 PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
I. Recursos Humanos			
Investigadoras	2	S/. 1500.00	S/.3000.00
Asesor	1	S/.3500.00	S/.3500.00
Estadístico	1	S/.30.00	S/.30.00
Secretaria	1	S/.100.00	S/.100.00
II. Recursos Materiales			
Papel bond tamaño A4	3 millares	S/. 20.00	S/.60.00
Fólderes	3 docenas	S/.0.6	S/.21.60
Gigantografía	1 unidad	S/.40.00	S/.40.00
Lapiceros	1 docena	S/.1.00	S/.12.00
Tampón	1 unidad	S/.3.00	S/.3.00
Perforador'	1 unidad	S/.7.50	S/.7.50
Engrampador	1 unidad	S/. 10.00	S/.10.00
III. Servicios			
Fotocopias	3 millares	S/.0.05	S/. 150.00
Impresiones	300 impresiones	S/.0.50	S/.150.00
Internet	470 horas	S/.1.00	S/.470.00
Anillado	5 anillados	S/.5.00	S/.25.00
Teléfono	120 minutos	S/.0.50	S/.60.00
IV. Movilidad y			
Viáticos		S/. 15.00	S/.150.00
TOTAL			S/.8089.1

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente. [Internet] Versión 1.1. Ediciones de la OMS: Suiza; 2009 [Enero 2009, citado 10 abr 2015] Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2. Brennan, T Leape. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of Havard Medical Practice Study. *N Engl J Med.* 1991. 324 (6): 370-7
3. Schimpff SC. Improving operating room and perioperative safety: background and specific recommendations. *Surg Innov.* 2007;14:127-13
4. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). AORN position statement. Statement on patient safety. 2003. Disponible en:
http://aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_PatientSafety/
Visto el 13 de Agosto de 2015
5. Uni.net. [Internet] .España: Uninet; 2012 [actualizado 08 Jul 2012; citado 11 ago. 2015]. Disponible en:
<http://www.samiuc.es/index.php/libros-en-la-web.html>
6. Badía M, Armendáriz J, Vilanova C, Sarmiento O, Servia L, Trujillano J. Transporte interhospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad. *Med Intensiva* 2009; 33: 217-23.
7. Seguridaddelpaciente.es [Internet] .España: Seguridad del paciente; 2005 [actualizado 2006; citado 18 ago. 2015]. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>
8. Rodriguez L. Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. [Tesis] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2014
9. Bernal D. Eventos adversos durante la atención de enfermería en Unidades de cuidados intensivos [Tesis] Bogotá: Pontificia universidad javeriana. Facultad de enfermería; 2008.
10. Portella J, Delgadillo C. Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. *Medigrafic.* Abril-Junio 2013. 36.(1):23-27.

11. Calderón. Eventos adversos durante el traslado de pacientes post-quirúrgicos de la sala de operaciones al servicio de cirugía[Tesis] Ecuador: HospitalSan vicente de Paul de la ciudad de Ibarra. Facultad de la ciencias de la salud; 2011.
12. Filardo, Garcia, Nieto, Delicado, Sanchez, Totorika. La seguridad del paciente critico durante el traslado intrahospitalario [Tesis] España: Hospital de Basurto. VII Jornadas de Enfermería del País Vasco cuidando y progresando;2007
13. MelgarejoA, Bernat M., Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Enfermería Intensiva. Abril-Julio 2014.25 (2):58-64.
14. Carrillo B. y Urrutia M., en Chile, año 2012.Perfil de riesgo de pacientes adultos sometidos a traslado secundario por móviles avanzados del sistema de atención médica de urgencia del Área Metropolitana. Revista Médica de Chile. Octubre 2012.140(10):1297-1303.
15. Márquez E, García S, Chaves J. Transporte de pacientes en estado crítico. En: Barranco F, Blasco J, Mérida A, Muñoz M. Jareño A, Cozar J, Editores, Principios de Urgencia, Emergencia y cuidados críticos. Andaluz, España: edición electrónica; 2002. [Consultado el 10 de setiembre de 2015]. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/indice.html>.
16. Moreno Millan E, Prieto Valderrey F. Escalas de valoración del riesgo para el transporte interhospitalario de pacientes críticos: ¿índices de gravedad o de necesidad de soportes? Med Intensiva. 2010;34:79
17. Franco, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia médica. abril - junio 2005Vol. 36 No. 2
18. Gomez, I. Espinoza, Á. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. Aquichan volumen 6 del 2006.
19. Pernerger, T. El queso suizo, modelo de incidentes de seguridad: ¿Hay agujeros en la metáfora? BMC Health Services Research. 2005, vol. 5, p. 71-71.
20. Flores, G. Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. En: Med. leg. Costa Rica 2003, vol. 20 no. 1, p. 112-120.

21. Duran, E et al. Análisis de la situación actual de enfermería y alternativas de cambio desde la óptica asistencial. En: Actualizaciones en Enfermería. Bogotá. Diciembre 2000, vol. 3 no. 4, p. 38
22. Papsion JP, Russell KL, Taylor DM. Unexpected events during the intrahospitaltransport of critically ill patients. Acad Emerg Med. 2007;14:574-577.
23. Raile M., Marriner A. Modelos y Teorías de en Enfermería.7º Edición. España: Elsevier;2011

ANEXOS

ANEXO N° 1

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO DE SALA DE OPERACIONES A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA Y/O UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INSTITUCIÓN:

FECHA:

HORA:

EDAD:

GÉNERO: M F

CIRUGÍA REALIZADA:

EVENTOS ADVERSOS FRECUENTES EN EL TRASLADO	SÈ PRESENTÒ (1)	NO SÈ PRESENTÒ (0)
PREVENIBLES: -Desconexiones temporales de monitorización (ecg, pulsioxímetro o, etc...) -Respiradores portátiles con mal funcionamiento o bombona de oxígeno vacía. -Tiempo excesivo de espera en puerta del ascensor por mal uso del mismo, por tanto prolongación del tiempo de traslado. -Falta de coordinación SOP-servicio receptor, al estar ocupado este cuando llega el paciente. -Desconexión accidental de sonda vesical.		

<ul style="list-style-type: none"> -Extracción accidental de SNG -Extracción accidental de vía venosa. -Extubación accidental. -Salida del contenido de drenajes, o retirada accidental de los mismos. -Bombas de perfusión de jeringa sin batería. -Déficit en la comunicación. -Olvidar ciertos elementos y/o documentos. -No llevar drogas que se requieren. -Caídas 		
<p>NO PREVENIBLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxemias-desaturaciones. -Secreciones. -Falla hemodinámica del paciente. -Consecuencias de paciente poco sedado (movimiento, agitación, desadaptación a respirador, mordida del tot, hipertensión, etc...) -Fuga en el sistema de oxigenoterapia. -Cambio en el estado de la piel. 		

CENTINELAS: -Caídas. -Extubación accidental. -Falla hemodinámica del paciente. -Parada Cardiorespiratoria o arritmias con riesgo vital elevado.		
--	--	--

ANEXO N°2

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE

FECHA:

HORA:

EDAD:

GÈNERO: M F

CIRUGÌA REALIZADA:

PESO:

TALLA:

DURACION DEL

TRASLADO

PRESENCIA DE MOVIMIENTOS BRUSCOS DURANTE EL TRASLADO:

SI()

NO()

Vía aérea	
No aislada	0
TET o traqueotomía	1
Soporte Ventilatorio	
No	0
Oxigeno suplementario	1
Ventilación mecánica	2
Monitorización electrocardiográfica	
No	0
Necesaria	1
Imprescindible	2
Arritmias	
No	0
Aisladas	1
Frecuentes	2
Glasgow	
15 puntos	0
8-14 puntos	1
<8 puntos	2

Soporte farmacológico	
No	0
Antiarrítmicos	1
Aminas	2
Hemodinámica	
Estable	0
Moderadamente Estable (Volumen < 15ml/min)	1
Inestable (Requiere > 15ml/min y/o inotrópicos y/o sangre)	2
Via Venosa	
No	0
Si, Periférica y Única	1
Si, Periférica Múltiple o Central	2
Respiración	
10-24 Resp/Min	0
25-35 Resp/Min	1
< 10, > 36, Irregular o apnea	2
TOTAL	

ANEXO N° 3

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH, Clínica Stella Maris

Investigadores : Eliana Caparachin Gonzales, Rosa María Henostroza

Título: Nivel de riesgo y eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato en centro quirúrgico en una clínica privada

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Nivel de riesgo y eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato en centro quirúrgico en una clínica privada”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para evaluar el nivel de riesgo y eventos adversos presentados durante el traslado de su persona en sala de operaciones, es decir que cuando ya termine la operación voy a estar presente para observar como lo trasladan de sala de operaciones a recuperación o unidad de cuidados intensivos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le hará la observación en dos momentos:

1. el primero cuando usted va a ser trasladado de la mesa quirúrgica a la camilla

2. el segundo cuando usted va a ser trasladado de la camilla a la sala de recuperación o unidad de cuidados intensivos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio ya que solo se observará los procedimientos de traslado que realizan los profesionales que estarán a su cargo.

Beneficios:

Usted no se beneficiara de esta investigación, sin embargo, será utilizada para plantear propuestas de mejora en el servicio de sala de operaciones en esta institución en cuanto al tema de traslados y desplazamientos de pacientes.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de los riesgos que tienen todo traslado intrahospitalario.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento del tema de estudio.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Lic. Eliana Caparachin telf.: 982522724

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

Consentimiento

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha