



**TRASLADO SEGURO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO, EN UNA
IPS DE III NIVEL DE COMPLEJIDAD MONTERÍA, PERIODO 2019**

MARÍA CAMILA MÓRELO VÁSQUEZ

LILIANA PATRICIA VERTEL IZQUIERDO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA, CÓRDOBA

2019

**TRASLADO SEGURO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO, EN UN
HOSPITAL DE III NIVEL DE COMPLEJIDAD MONTERÍA, PERIODO 2019**

MARÍA CAMILA MÓRELO VÁSQUEZ

LILIANA PATRICIA VERTEL IZQUIERDO

ESTUDIANTES

Mg. NEILA BERROCAL

DIRECTOR METODOLÓGICO

Mg. IRINA MAUDITH CAMPOS CASARRUBIA

DIRECTOR TEMÁTICA

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2019**

Nota de Aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, 24 de 01 de 2019

DEDICATORIA

A Dios primero que todo por brindarme todo su amor, por permitirme alcanzar cada uno de mis objetivos, a pesar de todas las adversidades presentes en el camino.

A mi hija **Kina Juliana** (mi cosita) por ser mi fuerza en todo momento y el motivo de seguir adelante.

A mi madre **Ana Kelly Izquierdo** y A mi hermano **Luis Arturo Vertel** por ser mi apoyo incondicional, por creer en mí y luchar siempre a mi lado para alcanzar esta meta, por recordarme que todo lo que me proponga lo puedo lograr.

A mi compañero **Ricardo Tordecilla Acosta**, por estar siempre en las buenas y malas, por ser mi apoyo incondicional animándome a seguir adelante recordándome siempre que puedo cumplir todo lo que me proponga.

A **Brayan Alarcón** y **Luis Guillermo** por cada trasnocho juntos, por ser mis amigos incondicionales y siempre apoyarme.

A mi compañera de trabajo **M. Camila Mórelo**, por trabajar fuertemente para sacar adelante este estudio y alcanzar esta gran meta.

LILIANA PATRICIA VERTEL IZQUIERDO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres **Jorge Mórelo** y **Julia Vásquez**, por su trabajo, sacrificio y paciencia en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi hermana, amigos y demás familiares por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi compañera de batallas **Liliana Vertel** y a las docentes **Irina Campos**, **Neila Berrocal** que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, compartieron sus conocimientos y aportaron de diferentes formas a nuestra formación profesional.

MARÍA CAMILA MÓRELO VÁSQUEZ

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora temática Mg. Irina Maudith Campos Casarrubia por todo su apoyo, consejos y orientación para la culminación del presente proyecto.

A nuestra asesora metodológica Mg. Neila Berrocal Narváez por el apoyo y la dedicación brindada a lo largo de este proyecto.

A todos los docentes que hicieron parte de nuestro proceso de formación académica.

A la universidad de Córdoba que ha sido nuestra base académica y profesional.

Tabla de contenido.

RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
1. OBJETIVOS.....	15
1.1. General	15
1.2. Específico.....	15
2. REFERENTE TEÓRICO.....	16
2.1. MARCO TEÓRICO.....	16
2.2. MARCO ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	25
2.3. MARCO LEGAL	29
2.4. MARCO CONCEPTUAL	31
2.4.1. Seguridad del paciente.....	31
2.4.2. Seguridad del paciente crítico	31
2.4.3. Paciente crítico.....	31
2.4.4. Traslado intrahospitalario	32
2.4.5. Ambiente de cuidado crítico	32
3. METODOLOGIA.....	34
3.1. TIPO DE ESTUDI.....	33
3.2. POBLACIÓN	33
3.3. MUESTRA.....	34
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	34
3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	36
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
6.1. Características demográficas de los pacientes críticos.....	37
6.2. Diagnósticos clínicos de la población estudiada	39
6.3. Preparación del paciente crítico para el traslado intrahospitalario	42
6.4. Actividades durante el traslado intrahospitalario del paciente crítico	44
6.5. Cuidados del paciente critico después del traslado intrahospitalario	51

6.6. Población encargada de realizar el traslado intrahospitalario del paciente crítico	52
8. RECOMENDACIONES.....	57
PARA LA INSTITUCIÓN DE SALUD	57
9. ANEXOS.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	62

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Distribución porcentual de las características demográficas de los pacientes críticos en el traslado intrahospitalario, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	376
TABLA 2. Distribución de las muestras tomadas en los servicios en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019-----	38
TABLA 3. Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos de la población estudiada en un IPS de III nivel de complejidad, montería 2019-----	
¡Error! Marcador no definido.8	
TABLA 4. Distribución porcentual de la Preparación para la ejecución del traslado de los pacientes en estado crítico, en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	41
TABLA 5. Porcentaje de cumplimiento de la monitorización del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	443
TABLA 6. Porcentaje de cumplimiento de la documentación del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	44
TABLA 7. Aplicación de medicamentos a pacientes durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	46
TABLA 8. Porcentaje de cumplimiento de la vigilancia de los medios invasivos durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.-----	48
TABLA 9. Porcentaje de cumplimiento de las actividades al regresar a la unidad crítica en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	50
TABLA 10. Distribución porcentual del equipo de salud que realiza el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	52

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Distribución porcentual de las características demográficas de los pacientes críticos en el traslado intrahospitalario, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	386
Grafica 3. Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos de la población, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	409
Grafica 4. Distribución porcentual de la Preparación para llevar a cabo el traslado de los pacientes con un estado crítico, en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	41
Grafica 5. Porcentaje de cumplimiento de la monitorización del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	443
Grafica 6. Porcentaje de cumplimiento de la documentación del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	45
Grafica 7. Aplicación de medicamentos a pacientes durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	47
Grafica 8. Porcentaje de cumplimiento de la vigilancia de los medios invasivos durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019.-----	49
Grafica 9. Porcentaje de cumplimiento de las actividades al regresar a la unidad en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	50
Grafica 10. Distribución porcentual del equipo de salud que realiza el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, montería 2019. -----	532

RESUMEN

El traslado intrahospitalario es la movilización del paciente en estado crítico dentro de un centro de salud, de una unidad a otra para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden llevar a cabo dentro de las unidades críticas realizado por un personal capacitado una enfermera y un médico intensivista. Se realizó este estudio cuyo propósito fue Verificar el traslado intrahospitalario del paciente crítico para identificar los factores de riesgo presentes, en una IPS de III nivel de complejidad en Montería. Este estudio es descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, se ejecutó mediante la elaboración y aplicación de una lista de chequeo basada en las normas del ministerio de salud en un periodo de tiempo de septiembre a octubre de 2019, Se trabajó con una muestra de 6 traslados intrahospitalario de pacientes en estado crítico. Los resultados indican que hay diferentes factores de riesgos presentes mediante todo el proceso de traslado, en la primera fase o fase de preparación se observó que los pacientes que tienen ventilación mecánica no les realizan la aspiración de secreciones antes de ser movilizados lo cual puede llegar a tener severas repercusiones en el paciente, en la segunda fase o fase durante se identificó que la monitorización de la constantes vitales se realiza de una forma inadecuada esto es un factor de riesgo que puede ser evitado, y en la tercera fase o fase después no se presentaron factores de riesgos pues se estabiliza al paciente enseguida que llega a UCI , no obstante el resultado más llamativo es que Los profesionales de enfermería estuvieron presentes en uno de los seis traslados, lo que indica que no se está cumpliendo con lo establecido en las normas. Por lo tanto se concluye que se identificaron diferentes factores de riesgo teniendo en cuenta las normas vigentes del Ministerio de salud durante la ejecución del traslado intrahospitalario de los pacientes críticos. Es necesario elaborar y estandarizar el protocolo de traslado intrahospitalario del paciente crítico, así mismo la aplicación de listas de verificación con el fin de minimizar los factores de riesgo y/o complicaciones durante este procedimiento.

PALABRAS CLAVES: Traslado de pacientes, Cuidados críticos, Factores de Riesgo, Seguridad.

ABSTRACT

The in-hospital transfer is the mobilization of the patient in critical condition within a health center, from one unit to another to perform diagnostic and / or therapeutic tests that cannot be carried out within the critical units performed by a trained staff A nurse and an intensivist doctor. This study was carried out whose purpose was to verify the inpatient transfer of the critical patient to identify the risk factors present, in a IPS of III level of complexity in Montería. This study is a descriptive cross-sectional approach with a quantitative approach, it was executed through the elaboration and application of a checklist based on the norms of the Ministry of Health over a period of time from September to October 2019. A sample of 6 intrahospital transfers was worked on. of critically ill patients. The results indicate that there are different risk factors present through the entire transfer process, in the first phase or phase of preparation it was observed that patients who have mechanical ventilation do not perform secretion aspiration before being mobilized which can reach to have severe repercussions on the patient, in the second phase or phase during it was identified that the monitoring of the vital counters is carried out in an inappropriate way this is a risk factor that can be avoided, and in the third phase or phase afterwards presented risk factors because the patient is stabilized immediately arriving at the ICU, however the most striking result is that Nursing professionals were present in one of the six transfers, indicating that the provisions of the standards are not being met . Therefore, it is concluded that different risk factors were identified taking into account the current regulations of the Ministry of Health during the execution of the inpatient transfer of critical patients. It is necessary to elaborate and standardize the protocol of intrahospital transfer of the critical patient, as well as the application of checklists in order to minimize risk factors and / or complications during this procedure.

KEYWORDS: Patient transfer, Critical care, Risk Factors, Security.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, surgió en respuesta a un problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención.¹

La seguridad del paciente crítico es un principio fundamental de los procesos instrumentales y metodologías basadas en evidencias científicas que buscan minimizar los eventos adversos que se pueden presentar en un individuo con una alteración en la función de órganos y sistemas que ponen en peligro la vida, durante el proceso de atención en la salud.²

Los pacientes críticos necesitan un cuidado constante pues presentan alteraciones en órganos o sistemas y requieren un cuidado totalmente compensatorio, el cual se desarrolla completamente en una unidad crítica, Esta cuenta con múltiples equipos, personal capacitado que le aporta seguridad y bienestar tanto al individuo como a su familia, y lo más importante el cuidado que brinda enfermería a estos pacientes implica la provisión de intervenciones básicas y avanzadas con el soporte de diferentes mecanismos tecnológicos que apoyan la recuperación y mantenimiento de la salud

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. p.26-27.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

² VILLA REAL, Ana María. Protocolo de enfermería en el traslado interhospitalario del paciente crítico con drogas vaso activas. Córdoba, julio del 2016. p19. Trabajo de grado (especialización en enfermería en el cuidado del paciente crítico). Universidad nacional de córdoba, Facultad de ciencias médicas.
[file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20\(2\).pdf](file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20(2).pdf)

tanto en la unidad crítica como en el momento de trasladar al paciente a cualquier otra unidad del hospital.

El traslado intrahospitalario de pacientes críticos es 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 al pie de la cama.

Durante el traslado intrahospitalario se presentan aquellas situaciones que alteran o pueden alterar gravemente el estado hemodinámico del paciente movilizado, Entre las más frecuentes se encuentran, Desconexiones temporales de monitorización (ECG, pulsioxímetro), Alteraciones fisiológicas: Hipotensiones o hipertensiones e hipoxémias-desaturaciones, Secreciones (orales, nasales), y Consecuencias de paciente poco sedado (movimiento, agitación, desadaptación a respirador, mordida del TOT, hipertensión).

Por lo anteriormente expuesto, durante el traslado intrahospitalario, el paciente crítico debe recibir el mismo grado de monitorización y de soporte fisiológico y terapéutico que en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), manteniéndose la continuidad asistencial que se ajusta a las necesidades de cada paciente.³

Al recopilar la información, la cual fue revisada en bases de datos, Surge la necesidad de verificar el traslado intrahospitalario seguro al paciente crítico para poder garantizar el cuidado integral por parte de enfermería, es de suma importancia realizar este estudio ya que existe una normatividad vigente que regula las acciones a seguir para brindar una atención segura y es de mayor relevancia que sea un paciente en estado crítico el cual necesita un cuidado exhaustivo y monitorización constante.

³ CROSARA, Daniel. Traslado intrahospitalario del paciente crítico, simposio 2012. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1447/c.pdf

1. OBJETIVOS

1.1. General

Verificar el traslado seguro intrahospitalario del paciente crítico para identificar los factores de riesgo presentes, en una IPS de III nivel de complejidad en Montería.

1.2. Específico

- Analizar demográficamente a los pacientes objetos de estudio.
- Reconocer como se presenta el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud durante el traslado intrahospitalario, mediante una lista de chequeo aplicando la norma establecida.
- Identificar los factores de riesgo de acuerdo con las normas vigentes del Ministerio de Salud y la aplicación de estas por el personal de Enfermería.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1. MARCO TEÓRICO

Los sistemas de transporte sanitario (TS) tienen sus orígenes históricamente, en acciones militares. Así, ya en el siglo I a. C. los romanos utilizaban un sistema de TS para evacuar los heridos del campo de batalla. En el siglo XI, durante las cruzadas, los caballeros de San Juan auxiliaban a los heridos en el campo de batalla. Las primeras ambulancias y hospitales de campaña fueron creados en España a mediados del siglo XV por la reina Isabel la Católica. Fue Larrey (1.792), cirujano jefe de Napoleón, el primero en crear las ambulancias para evacuar rápidamente los heridos de guerra. A mediados del siglo XIX nace la Cruz Roja, siendo muy importante para el desarrollo del TS. El primer TS aéreo ocurre durante la guerra franco-prusiana, en 1.870, donde cientos de heridos fueron evacuados en globo. Ya en la Primera Guerra Mundial se crean las primeras ambulancias aéreas. En Europa, durante los años 50, y obligados por la epidemia de poliomielitis, se da un impulso a los sistemas de TS civiles. Hoy en día, casi todos los países desarrollados, cuentan con sistemas de emergencias que se encargan del TS. En España, desde inicio de los años 80, el transporte de pacientes críticos es realizado por equipos especializados.⁴

Cerca de 98.000 pacientes mueren cada año en hospitales de Estados Unidos por el error humano y las áreas de cuidado crítico, en donde el error humano ocurre con mayor frecuencia con un reporte del 2006 estimando 14.8000 errores que pueden llevar a la muerte en áreas críticas de hospitales con personal en entrenamiento. Anualmente, un error estimado de 1.7 errores por paciente por día en UCI y el 45.8% de las admisiones a UCI fueron asociadas con un evento adverso en dos años de

⁴ VERGARA OLIVARES, José M. et al. Transporte del paciente crítico. {en línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/transpor.pdf>

seguimiento. Encontrando además que el 55% era no prevenible, pero el 45% si era prevenible.⁵

Gran cantidad de tareas se llevan a cabo diariamente a cada paciente en estado crítico; tales tareas son realizadas por diferentes profesionales y técnicos en salud, lo que aumenta la posibilidad de presentar errores dada su naturaleza humana.

La seguridad es un atributo fundamental del cuidado en salud de calidad. Un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de éste con el equipo de salud, el contexto de la atención en salud, la actividad y la condición humana. La aparición de un suceso de este tipo condiciona negativamente la calidad, El Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 define como efecto adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud, los cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no – calidad.⁶

La complejidad y gravedad de los pacientes, las múltiples interacciones que se presentan en estos y los diferentes profesionales y auxiliares, la frecuencia de procedimientos que se realizan como apoyo al diagnóstico y procedimientos terapéuticos invasivos y no invasivos, la utilización de múltiples medicamentos, el estrés y la fatiga, la necesidad de una comunicación continua y estrecha entre los diferentes actores de la prestación del servicio y los familiares, entre otros, hacen que los pacientes críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para la ocurrencia de diferentes eventos adversos.

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico. paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

Es así como los servicios de medicina intensiva se dedican a recuperar pacientes en estado crítico, por medio de personal de salud muy calificado, que requiere unas competencias profesionales y humanas especiales que les permitan desenvolverse en situaciones de alto estrés eficazmente, con la mínima exposición del paciente a riesgos extra de su propia condición que la hagan más crítica, además por las consecuencias que trae la presencia de eventos adversos ya que aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan aumento en tiempos de estancia, eleva costos de tratamiento, produce sentimientos de desesperanza, angustia, estrés, tanto a todo el personal que participa del cuidado del paciente, como al mismo paciente y su familia.⁷

La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.⁸

“Un sistema de reporte se refiere a los procesos y tecnología de la información empleados en la estandarización, comunicación, devolución, análisis, aprendizaje, respuesta y disseminación de las lecciones aprendidas a través de los reportes de eventos”.⁹

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico. paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

⁸ COLOMBIA. FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Protocolo de Seguridad del Paciente.
<https://www.fbscgr.gov.co/index.php?idcategoria=6388&download=Y>

⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Sistema de reportes de seguridad en la unidad de cuidados intensivos. paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

Existe gran heterogeneidad en cuanto a las tasas de reporte de incidentes y eventos adversos en la literatura. En un estudio de 26 hospitales de atención aguda en los Estados Unidos, con sistemas de registro electrónicos, la tasa varió entre nueve y 95 reportes por 1000 días paciente.¹⁰ En un estudio multicéntrico en Japón, la tasa media de reporte por médicos fue de 0,26 y por enfermeros de 9,13 por 1000 días paciente¹¹.

Las unidades críticas son los espacios seguros para los pacientes en estado crítico, durante el proceso de traslado intrahospitalario de estos pacientes se cuentan con muchos factores de riesgo contando con la distancia a recorrer , los obstáculos por vencer (desniveles, ascensores etc.) y el tiempo que tome movilizarlo, para realizar un traslado seguro del paciente crítico se debe brindar el mismo ambiente de cuidado y vigilancia que en las unidades de atención crítica para así disminuir los eventos adverso que puedan ocurrir.¹²

El traslado intrahospitalario del paciente crítico es el movimiento del paciente en situación crítica dentro del hospital de una unidad crítica a otra, y entre las distintas áreas del mismo, teniendo como finalidad la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que no se pueden llevar a cabo dentro de las unidades críticas.¹³

¹⁰ Ibíd. p.30.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

¹¹ FUKUDA H. et al. Impacto de las actividades a nivel del sistema y el diseño de informes sobre la cantidad de informes de incidentes para la seguridad del paciente.2010. {En línea}. {29 junio de 2019}. Disponible en:<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.908.3766&rep=rep1&type=pdf>

¹² NOA HERNÁNDEZ, J. et al. Transporte intrahospitalario del paciente grave, Necesidad de una guía de actuación. En: Enfermería intensivista. Abril - junio 2011, vol.22. no. 2, p. 59 - 92. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-transporte-intrahospitalario-del-paciente-grave--S1130239910001033#bib0010>

¹³ CROSARA, Daniel. Traslado intrahospitalario del paciente crítico, simposio 2012. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1447/c.pdf

Las practicas sistemáticas y activas de mejoramiento de la calidad en los hospitales y en las UCI, integran mejoras en la comunicación del equipo de atención en salud y del equipo con el paciente han mostrado disminución de los eventos adversos.¹⁴

Un trabajo en equipo eficiente contribuye con la seguridad del paciente, un equipo de trabajo es más que un grupo de personas trabajando juntas, un equipo efectivo tiene ciertas características que lo distinguen de otros grupos, en entrenamiento y manejo de sus recursos, quienes buscan un objetivo común en medio de un ambiente complejo y valorando todas las opiniones de sus integrantes. Entrenar a los equipos en el uso de recursos disponibles para mejorar sus relaciones entre si aumenta la seguridad del paciente.

Estar seguro de que los miembros de la UCI trabajan juntos en la misma dirección mejora la seguridad de paciente. La comunicación ayuda a detectar errores, las buenas decisiones de los miembros que colectan y comparten información, buenos juicios, búsqueda de soluciones y que piensan en la repercusión de las decisiones, los actos y las elecciones llevan a actuar mejor.

La cultura de seguridad ha sido definida como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo de una organización de salud y el manejo de la seguridad; también se considera como una cultura profesional que promueve la comunicación eficiente y efectiva sin ampararse en el estatus jerárquico o las diferencias en la personalidad.¹⁵Por otro lado es importante tener en cuenta en primera medida los factores estresantes para el paciente y trabajar en ellos, recordando que no siempre son los mismos que considera el equipo de trabajo de la UCI.

¹⁴ Ibíd. p.39.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

Otras barreras o prácticas seguras importantes son: la evaluación inicial de riesgos del paciente, contar con formatos de evaluación de riesgos, realizarla de forma sistemática y por personal entrenado en su aplicación, diligenciar adecuados registros en historia clínica especialmente de los factores de riesgo, uso de protocolos de manejo, definición de tareas de las personas en el grupo y la notificación del análisis y la retroalimentación del evento adverso al equipo de trabajo.

Enfatizar en la cultura de discutir los errores y las prácticas de seguridad abiertamente entre los miembros del equipo de trabajo en la UCI, favorece un ambiente libre de miedo para hablar, compartir opiniones y preguntar, mejoran la seguridad psicológica que favorece la comunicación. Se debe llevar a cabo entrenamiento periódico y evaluación periódica de las habilidades del personal en las diferentes áreas encargado del paciente.

El traslado de pacientes críticamente enfermos siempre involucra cierto grado de riesgo para el paciente y algunas veces para el personal acompañante. La decisión del traslado es responsabilidad del médico responsable y debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales del traslado en contra de los riesgos potenciales.

Existen diferentes razones para tomar la decisión de trasladar al paciente en estado crítico y esta se toma dependiendo de las necesidades que tenga el paciente sea para realizarle cuidados adicionales (unidades críticas) y o para pruebas diagnósticas. Antes de realizar el traslado se debe tener en cuenta:

- a) Comunicación pre-traslado al servicio receptor.
- b) Estabilización previa del paciente (si es posible).
- c) Personal acompañante disponible para el traslado (mínimo dos personas: médico y enfermera responsable del paciente de UCI).
- d) Equipo de traslado

Enfermería es la que permanece en las unidades críticas 24 horas al día, los siete días de la semana por lo tanto es la que más tiene conocimiento sobre los cuidados y el estado de salud de los pacientes críticos¹⁶, esta es la encargada de supervisar los materiales y equipos necesarios para realizar un traslado intrahospitalario debe cuidar que el paciente crítico este hemodinámicamente estable y condiciones seguras para movilizarlo. además de supervisar es la persona que está en capacidad de realiza el traslado intrahospitalario del paciente crítico en compañía de un médico y un auxiliar clínico los cuales están acompañando al paciente durante todo el proceso de movilización para así brindarle un traslado seguro en condiciones estables..¹⁷

Gonzales Paloma, en su trabajo Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico¹⁸, nos plantea unas fases para llevar a cabo un traslado intrahospitalario seguro del paciente en situación crítica que se compone de tres etapas diferentes.

Fase de preparación se basa en preparar al paciente antes de iniciar su traslado, esta fase es muy importante puesto que se previenen algunas complicaciones.

- Es el momento de preparar y estabilizar al paciente.
- Comprobar que el paciente porta su pulsera de identificativa.

¹⁶ BANCALERO MOLINA, Juan Manuel. MANZANO MATILLAS, Encarnación. DE JUAN BERNAL, Inmaculada. Procedimientos de enfermería en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. En: Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Julio - agosto de 2009, no. 8, p. 7. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina7.html>

¹⁷ ESPAÑA. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL TXAGORRITXU. Guía de práctica clínica de cuidados críticos de enfermería. <https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2018/04/criticos-seeiuc.pdf>

¹⁸ GONZÁLEZ, Paloma. Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de la enfermería. Valladolid, España. 2017. 35p. Grado en enfermería. Universidad de valladolid. Facultad de Enfermería. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

- Que evitará errores de identificación, y a su vez ayudará al acceso a su Historia Clínica (HC) en la unidad de destino.
- Comprobar el material necesario, con objetivo de que no falte ni falle nada durante el camino. Revisar límites de alarmas, parámetros del respirador, niveles de batería, llenado de bombonas de O2, drogas vasoactivas y sedación, llenado de bolsas de drenaje.
- Valorar el beneficio-riesgo según la inestabilidad del paciente. d. Asegurar unas constantes vitales estables.
- En pacientes respiratorios o con ventilación mecánica, asegurar una correcta permeabilidad de la vía aérea: aspirar secreciones antes del traslado.
- En pacientes con monitorización de la presión intracraneal (PIC), es conveniente mantenerla estable al menos durante dos horas previas al traslado; administrar sedo-relajación a mayores si precisa.
- En caso de tener que modificar el tratamiento para el traslado, comenzar media hora antes para asegurar una correcta adaptación a este.
- Retirar nutrición enteral o parenteral según protocolo.
- Certificar una correcta fijación del tubo endotraqueal, líneas venosas, sondas o drenajes.
- Avisar al personal que nos va a acompañar durante el traslado: enfermera y auxiliar enfermería o médico, enfermera y auxiliar enfermería en caso de pacientes más graves
- Determinar el lugar de destino/distancia/tiempo de traslado.
- Coordinación y comunicación con el lugar de destino. Se debe avisar a la unidad de destino para saber que allí también están preparados. Informar del tipo de paciente.
- Valorar posibles complicaciones e intervenciones necesarias (asegurarse de que el personal las conoce).

La Fase de traslado o transporte consiste en la movilización del paciente en estado crítico de una unidad a otra. Durante la cual se deben controlar continuamente las constantes del paciente, así como verificar límites, parámetros y alarmas de los dispositivos como ventilador mecánico/monitor. Valoración neurológica en caso de ser neurocrítico.

Fase de regreso es la llegada del paciente a la unidad, ubicación y estabilización del mismo. Una vez que el paciente ha vuelto a la UCI, se le debe estabilizar de nuevo, conectar a los equipos de la unidad, controlar constantes, verificar límites, parámetros y alarmas, revisar vías/sondas/drenajes/tubos.

2.2. MARCO ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En una investigación realizada por Donchin Y, y otros¹⁹, The Hadassah-Hebrew University Medical Center at Ein Kerem, Jerusalem is a tertiary-care teaching hospital of 650 beds. Se concluye entre sus resultados que durante un día de observación se realizan en promedio 177 actividades por paciente. Se observaron en total 46 pacientes, los cuales suman 8.178 actividades, de las cuales 78 fueron erradas (0,95%), lo cual es representativo teniendo en cuenta que el 29% de estos errores se clasificaron como que podían causar deterioro al paciente e incluso la muerte.

El estudio por Fanara²⁰, Recomendaciones para el transporte intrahospitalario de pacientes críticos, lo realizó para proporcionar a los servicios de UCI y urgencias lista de verificación para la atención de los pacientes en estado crítico para evitar complicaciones durante el traslado intrahospitalario. En este manifiesta la complejidad para el establecimiento de estándares relacionados con el TIH. En este estudio se habla de una incidencia de Eventos Adversos asociados con cambios clínicos que oscilan desde el 17 al 33% para hipotensión, arritmia e hipoxia.

Melgarejo A., Bernat M. y Lorente P. Realizaron el artículo “Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico” en España en el año 2014.²¹ Se analizaron 110 traslados realizados en turno de mañana en un servicio

¹⁹ DONCHI, Y. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743697/pdf/v012p00143.pdf>.

²⁰ FANARA, B. Recomendaciones para el transporte intrahospitalario de pacientes críticos. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44599633_Recommendations_for_the_intra-hospital_transport_of_critically_ill_patients

²¹ MELGAREJO URENDEZ, A. BERNAR ADELL, M. y LORENTE GARCIA, P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Revista Elsevier medicina intensivista. Vol. 25. Núm. 2. páginas 35-78 (Abril - Junio 2014). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>

de medicina intensiva de un hospital de los cuales en 31 de los traslados realizados se captaron eventos adversos que indican el incumplimiento del protocolo, representando así un 27,15% del total de traslados (Los resultados de los EA detectados en la muestra según las recomendaciones de la SEMICYUC).

Afirman la importancia de desarrollar una valoración riesgo/ beneficio para prevenir alteraciones y complicaciones durante el traslado del paciente; apoyado en los protocolos establecidos y las listas de chequeo para minimizar los riesgos en la salud y contribuir al mejoramiento continuo de la seguridad durante el traslado intrahospitalario.

El estudio de Beckmann.²² en su artículo “Traslado intrahospitalario del paciente crítico” Argentina 2014, trata de La incidencia global de incidentes y efectos adversos (EA) relacionados con el traslado intrahospitalario alcanzaría el 68%.en este estudio la mayoría de los Eventos adversos son menores, es decir, las alteraciones fisiológicas, mientras que los graves que son los que requieren una atención e intervención inmediata por parte de los profesionales de la salud alcanzan entre el 4,2% y el 8,9%, y llegando a la parada cardíaca entre el 0,34% y el 1,6%.

La posibilidad de distintos incidentes y efectos adversos asociados al traslado pueden ser minimizados de acuerdo a la planificación, protocolo de traslado, recurso humano calificado y tecnología apropiada para tal fin. Así mismo plantea recomendaciones para disminuir los eventos adversos que se presentan y mejorar la calidad de la salud del individuo.

Ayala Mendoza Cynthia Vanessa²³. En su trabajo de investigación sobre Validación de un registro de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico, según

²² Ibid. p.3.

https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1447/c.pdf

²³ AYALA MENDOZA Cynthia Vanessa, 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.Universidad nacional mayor de san marcos, Facultad de medicina, Unidad de posgrado

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5265>

opinión de las enfermeras de UCI de la Clínica Internacional - Sede Lima – 2015. Tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. Se basa en la opinión de las enfermeras de UCI de la Clínica Internacional-Sede Lima, con el fin de cuantificar la validez de un registro de Verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico con el propósito de proporcionar información actualizada al personal de enfermería; para luego promover e incentivar la implementación y aplicación de un registro de verificación útil que permita a los profesionales de enfermería brindar un cuidado de calidad contribuyendo a disminuir y/o controlar los efectos y las complicaciones derivados del transporte intrahospitalario del paciente crítico.

Campoverde Cordero Carlos Juanito.²⁴ En el 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. Estudio observacional, epidemiológico, transversal.

En este estudio se tomó una muestra de 160 pacientes para ser trasladados de los cuales se reportaron 103 eventos adversos durante los traslados, los eventos fueron bastante frecuentes en los cuatro hospitales. Por tanto, en los resultados no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre un hospital y otro, ya que en el HEE el porcentaje de eventos adversos fue del 70.0%, en el HEG: 65.0%, en el HM: 52.5% y para el HE-1: 70.0%.

²⁴ CAMPOVERDE CORDERO, Carlos Juanito. 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. Ecuador. 2017. p86. Trabajo de investigación (Título de Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.). Universidad central del Ecuador. Facultad de ciencias médicas. Instituto superior de posgrado.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11907/1/T-UCE-0006-001-2017.pdf>

Esto se debe a que algunos hospitales cuentan con protocolos establecidos para el transporte de pacientes son aplicados de manera inadecuada, o el personal no está debidamente capacitado.

Méndez Sánchez Ana B, Téllez Porcuna Manuel A. ²⁵en su investigación “Uso de un checklist en el transporte intrahospitalario de pacientes críticos” Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos 2016. Consiste en una revisión bibliográfica de 71 artículos de los cuales tomaron 18 para analizarlos y evaluarlos obteniendo como resultado, que los traslados son frecuentes y están relacionados directamente con el riesgo de la aparición de los incidentes y eventos adversos debido a la inadecuada preparación de material, insuficiente monitorización y cuidados del paciente, déficit de comunicación y planificación.

Además este evidencia la aplicación de listas de chequeo en servicios de urgencias, obteniendo una notable disminución de los eventos adversos, y en el servicio de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) no existe un documento estandarizado, es decir, no aplican la lista de chequeo, y resalta La American Association of Critical Care Nurses el cual plantea la importancia de un protocolo en cada hospital.

González Merino Paola²⁶, en su investigación “Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de la enfermería” 2016 – 2017, consiste en una revisión bibliográfica con el fin de identificar eventos adversos y factores de riesgo relacionados con el traslado intrahospitalario del paciente crítico, así como medidas de seguridad para evitarlos.

²⁵ MÉNDEZ SÁNCHEZ, Ana B. TÉLLEZ PORCUNA, Manuel A. Uso de un checklist en el transporte intrahospitalario de pacientes críticos” Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala4/5952.pdf>

²⁶ GONZÁLEZ MERINO, Paola. Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de la enfermería 2016 – 2017. Universidad de Valladolid. . {En línea}. {consultado 5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFG-H931.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Buscando unificar información, para tener una idea clara de las precauciones que se deben tomar antes, durante y después del Traslado intrahospitalario. También destaca la importancia de la creación de protocolos de traslado intrahospitalario que reúnan las medidas de seguridad, para prevenir eventos adversos y que el equipo de salud responsable conozca y cumpla esas pautas de actuación en todos los hospitales.

En Colombia no hay reportes de la incidencia de eventos adversos en cuidados intensivos, a pesar del interés que ha despertado la reglamentación de los sistemas de calidad en salud en Colombia.²⁷ La incidencia de estos en UCI ha reportado alrededor de dos errores por paciente por día, mientras que uno de cada cinco pacientes presentan fallas en la atención en salud que se puede traducir en daño para su salud.²⁸ Con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos que redunden en morbimortalidad, el reporte de los incidentes es de importancia crítica en UCI.

2.3. MARCO LEGAL

Las bases legales de este estudio se desarrollan a partir de las políticas de seguridad del paciente.²⁹ La cual establece como prioridad la calidad de atención segura y cuidado que se debe brindar a los pacientes, aplicando las recomendaciones de las

²⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1011 de 2006. 3 ABR 2006. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

²⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos. paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

²⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

guías técnicas de buenas prácticas de atención para reducir el riesgo en los pacientes críticos.

De acuerdo en la ley 100 de 1993³⁰ en el artículo 227 control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Posteriormente el Decreto 1011 del 2006³¹ y sus resoluciones reglamentarias definen las normas, requisitos y procedimientos que tanto los prestadores de servicios de salud independientes (médicos en su consultorio) como las instituciones (IPS), y los servicios de traslado de pacientes, entre otros, están en la obligación de cumplir, para brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio.

En la resolución 1043 del 2006³² sobre el sistema de habilitación, en el anexo técnico 1, incluye nueve estándares de capacidad tecnológica y científica:

- Recursos humanos
- Infraestructura e instalaciones físicas
- Dotación y mantenimiento
- Medicamentos y dispositivos médicos (incluyendo la gestión y manejo)
- Procesos prioritarios asistenciales
- Historia clínica y registros asistenciales
- Interdependencia de servicios

³⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 DE 1993. Diciembre 23 de 1993.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

³² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006. 3 de abril de 2006.
http://www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=G-ws_vtWMeY%3D&tabid=122

- Referencia y contrareferencia de paciente;
- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

2.4.1. Seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.³³

2.4.2. Seguridad del paciente crítico es un principio fundamental de los procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que buscan minimizar los eventos adversos que se pueden presentar en un individuo con una alteración en la función de uno o varios órganos y sistemas que ponen en peligro la vida, durante el proceso de atención en la salud.³⁴

En este trabajo se evalúa la seguridad del paciente teniendo en cuenta lo establecido por el ministerio de salud, con el fin de garantizar un espacio, atención segura y oportuna a los pacientes críticos durante el traslado.

2.4.3. Paciente crítico: Se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su

³³ Ibíd. p.17.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

³⁴ Ibíd. p.3.

[file:///E:/Users/user/Desktop/LILIANA%20Y%20MARIA%20CAMILA%20TRABAJO%20DE%20GRADO/PACEINTE%20CRITICO%20ARTICULOS/villarreal-ana-maria%20\(2\).pdf](file:///E:/Users/user/Desktop/LILIANA%20Y%20MARIA%20CAMILA%20TRABAJO%20DE%20GRADO/PACEINTE%20CRITICO%20ARTICULOS/villarreal-ana-maria%20(2).pdf)

supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.³⁵

El paciente crítico es un individuo que posee alteraciones y requiere vigilancia continua, por ello es fundamental estudiar la atención que le brindan los profesionales de enfermería durante el traslado intrahospitalario.

2.4.4. Traslado intrahospitalario: Se define el transporte intrahospitalario (TIH) como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas, que no se pueden realizar a pie de cama. Estos traslados incrementan el riesgo de complicaciones de estos pacientes por la discontinuidad en los cuidados. Es responsabilidad de los profesionales ejecutar un traslado seguro, por ello la importancia de diseñar y aplicar protocolos y otras herramientas como listas de verificación, para reducir dichos riesgos y mejorar la calidad asistencial.³⁶ Para que se efectúe un traslado intrahospitalario seguro se deben cumplir una serie de pasos y verificación continua (antes, durante y al llegar a la unidad), así mismo el personal encargado de realizar el traslado debe estar capacitado de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud.

2.4.5. Ambiente de cuidado crítico: Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuno a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con

³⁵ Ibíd. p.25.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

³⁶GARRIDO MARTÍN, L, ESTRADA VÍLCHEZ, M. y SANTOS GONZÁLEZ, B. La seguridad del paciente crítico durante el transporte intrahospitalario (TIH). {En línea}. {31 de mayo 2019}. Disponible en: <http://www.congreso enfermeria.es/libros/2016/sala4/6393.pdf>

residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.³⁷

En este ambiente se cuenta con los recursos humanos e insumos y tecnologías necesarios para actuar ante cualquier situación que se presente con el paciente en estado crítico, basándose en los protocolos vigentes y la verificación del cumplimiento de estos en la IPS, identificando así los factores de riesgos que se presentan durante la atención en salud.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

En el presente estudio la metodología es de tipo Descriptivo³⁸ donde busca especificar las propiedades importantes de un grupo de persona, es transversal el cual mide la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un periodo de tiempo específico, con enfoque cuantitativo.

3.2. POBLACIÓN

Profesionales de enfermería que ejecuten los traslados intrahospitalarios en las unidades de cuidado crítico (reanimación y UCI) de una IPS de III nivel de complejidad, Montería. En un periodo de tiempo comprendido de septiembre octubre del 2019, en diferentes turnos mañana y tarde, para tener diferente rotación de enfermeros.

³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. <file:///D:/ADMINISTRACION/TRABAJO%20DE%20GRADO-practicas-seguridad-paciente.pdf>

³⁸ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. Sexta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2013. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

3.3. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por seis traslados intrahospitalarios, realizados durante el periodo de recolección de la información; por lo tanto el muestreo fue por conveniencia. Cabe resaltar que en el tiempo transcurrido de septiembre a octubre solo fueron seis traslados intrahospitalarios los realizados, en la IPS se estaba remodelando el área de urgencias la cual fue trasladada a otro servicio, el flujo de camas y la movilidad de estas en la UCI no permitieron tener mayor número de traslados por lo tanto la muestra corresponde a 6 traslados en total en ese periodo específico de septiembre a octubre.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ los traslados intrahospitalarios de pacientes críticos que se presenten en el periodo de tiempo establecido.
- ✓ Enfermeros laborando en las unidades de cuidado crítico donde se realice el estudio que estén presentes en el momento de la indicación médica para la realización del traslado.

3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada por las investigadoras, durante un periodo de un mes, para lo cual se solicitó y recibió aval institucional. (Anexo A)

Para la recolección de la información se elaboró una lista de chequeo con base en las normas del Ministerio de Salud, la cual contiene los datos de identificación del paciente, los signos vitales y las tres fases del traslado intrahospitalario que corresponde a la preparación de este con el paciente, durante el traslado y posterior al traslado con el paciente y las actividades de verificación que son claves para la identificación de posibles riesgos. Además medios invasivos que lleva el paciente, quien realiza el traslado, así mismo cuenta con un cuadro de

observaciones en donde se describe la ocurrencia de algún evento adverso durante el procedimiento si se llegara a presentar dado el caso. (Anexo B)

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información se realizó una tabulación manual y análisis estadístico utilizando la estadística descriptiva mediante distribuciones de frecuencia, la información se presenta en tablas y graficas con su respectivo análisis cuantitativo.

4. ASPECTOS ÉTICOS

También encaminados la Ley 266 de 1994³⁹. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, la cual en el art 2: se establecen los principios generales de la práctica profesional de enfermería, como lo son la Integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad, los cuales deben ser cumplidos a cabalidad, y se deben tener en cuenta al momento para brindar una atención y cuidado integral para la realización de esta investigación se tomará en cuenta 2 principios éticos, los cuales son:

- a) No maleficencia: no se causará daño alguno a participantes del estudio.
- b) Beneficencia: servirá para verificar el cumplimiento de las normas por parte de enfermería para realizar traslado intrahospitalario seguro a los pacientes críticos.

³⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. LEY 266 DE 1996. (Enero 25).
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

La resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) Ministerio De Salud⁴⁰, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el ARTICULO 8: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en:
Numeral A. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para este estudio se escogió una IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Montería en la cual se tomó el servicio de UCI y reanimación, los cuales se encontraban en proceso de remodelación, debido a esto se presentaron pocos giros camas, y pocos traslados durante la aplicación de la lista de verificación en el periodo comprendido de septiembre a octubre de 2019. Otra de las limitaciones presentadas para la realización de este trabajo ha sido la escasez de bibliografía, es un tema poco investigado lo cual hace realmente importante este estudio.

⁴⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION 8430 DE 1993. (Octubre 4).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después de haber recolectado y procesado los datos para dar respuesta a los objetivos específicos del estudio, los resultados fueron presentados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación.

6.1. Características demográficas de los pacientes críticos

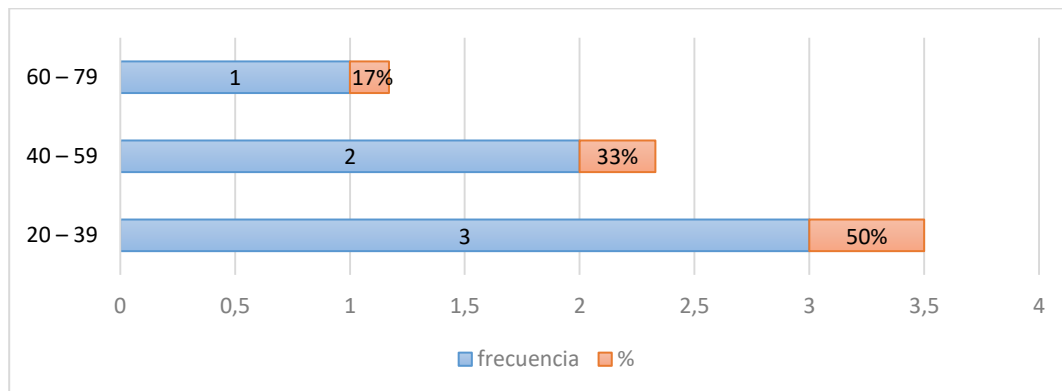
Se aplicó el instrumento a (6) pacientes críticos de UCI – reanimación los cuales se les realizó el traslado intrahospitalario en una en una IPS de III nivel de complejidad de montería. Se aprecia en la siguiente tabla (Tabla 1).

TABLA 1. Distribución porcentual de las características demográficas de los pacientes críticos en el traslado intrahospitalario, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
M	3	50.0
F	3	50.0
TOTAL	6	100
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 39	3	50.0
40 – 59	2	33.0
60 – 79	1	17.0
TOTAL	6	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 1. Distribución porcentual de las características demográficas de los pacientes críticos en el traslado intrahospitalario, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Teniendo en cuenta la tabla se observa la clasificación de los pacientes por sexo, representado masculino un 50% y femeninos el otro 50%, así mismo se dividen por rango teniendo en cuenta las edades: en el primer rango la edad es de 20-39 años con un porcentaje del 50%, en el segundo rango las edades de 40-59 con un 33% y por último el rango de 60-79 años con un 17%.

Marie Jesie Carrillo y Regina Marcia Cardoso de Sousa⁴¹ en su estudio realizado en Lima, Perú, concluyó que la mayoría de fallecidos son menores de 60 años.

Esto ha sido atribuido a un menor estado de gravedad de los pacientes añosos ingresados a UPC cuando son comparados con sujetos más jóvenes.

Así mismo se presentan en mayor porcentaje la presencia de pacientes con edades entre de 20-39 años, en los servicios de urgencias y reanimación en la IPS de III nivel de Montería, en donde se debe evaluar el riesgo/beneficio al momento de requerir un traslado.

⁴¹ CARRILLO, Marie J. y CARDOSO DE SOUSA, Regina M. Deterioro fisiopatológico y Mortalidad de pacientes críticos Adultos sometidos a traslado Interhospitalario. Rev Chil Salud Pública 2018; Vol. 22 (1): 51-62. [En línea]. [12 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://revista_saludpublica.uchile.cl/pdf/resultados_de_mortalidad_en_pacientes_criticos_adultos.

En otro estudio realizado por la Universidad Peruana Cayetano Hereida afirma que 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.⁴²

6.2. Diagnósticos clínicos de la población estudiada

Los pacientes que están hospitalizados en las unidades críticas uci – reanimación tienen diagnósticos clínicos diferentes los cuales hacen que el traslado intrahospitalario con lleve a tener mayores factores de riesgo, los diagnósticos encontrados se presentan el siguiente (tabla 2,3).

TABLA 2. Distribución de las muestras tomadas en los servicios en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UCI	4	67%
URGENCIAS - REANIMACION	2	33%
Total	6	100%

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Las muestras fueron tomadas en los servicios de UCI en un 67% y en urgencias (reanimación) en un 33%, las cuales se divide por sistemas teniendo en cuenta los diagnósticos que presentaba cada paciente en cardiocirculatorio, respiratorio, neurológico, renal.

⁴²BENITES LAURENTE, Tania Stefanie. ESCURRA TAPARA, Jenny, y LAGUNA TORRES, Gina Valery. Aplicación de una guía de traslado intrahospitalario en paciente crítico para la prevención de eventos adversos de la clínica peruano japonesa – 2018. Lima. 2018. p38. Trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en cuidados intensivos. Universidad Cayetano Hereida. Departamento de salud.

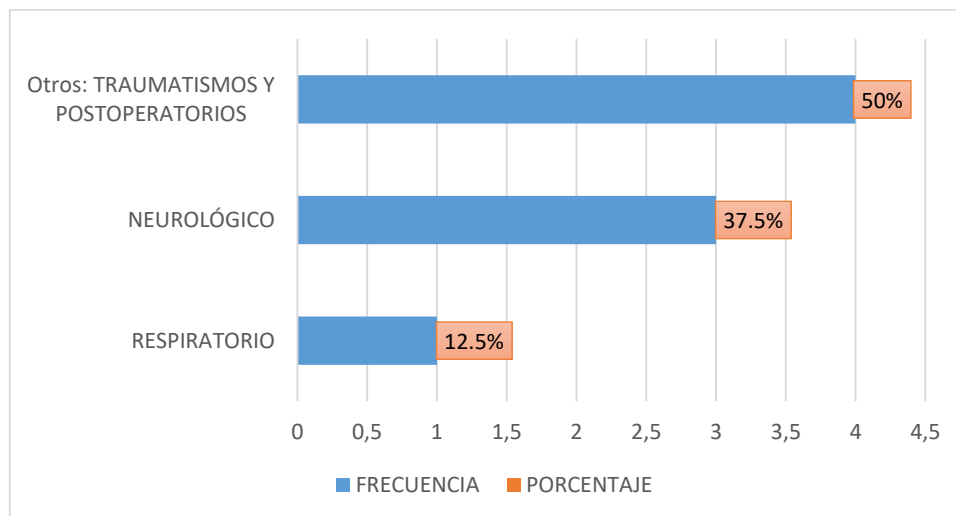
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4352/Aplicacion_BenitesLaurente_Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TABLA 3. Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos de la población, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RESPIRATORIO	1	12.5
NEUROLÓGICO	3	37.5
Otros: TRAUMATISMOS Y POSTOPERATORIOS	4	50.0
Total	8	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 3. Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos de la población, estudiada en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Teniendo en cuenta la tabla los diagnósticos de los pacientes que se les realiza el traslado intrahospitalario, predominan ítem de otros 50% donde se incluyeron los traumatismos y postoperatorios

Según García de Lorenzo y Mateos⁴³ las causas más frecuentes por la que los pacientes ingresan a UCI por compromiso respiratorio, cardiovascular, neurológico,

⁴³ GARCÍA DE LORENZO Y MATEOS, Abelardo. Introducción a la medicina crítica y a la uci para el estudiante de medicina. {en línea} {5 octubre 2019}.

<http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/07/guia-de-introduccion-a-la-medicina-critica-y-a-la-uci-para-el-estudiante-de-medicina.pdf>

renal, gastrointestinal y postoperatorio, los diagnósticos del sistema respiratorios se presentan con en menor cantidad.

Los pacientes con incapacidad de oxigenar o respirar son trasladados a la UCI para que reciban una atención más rigurosa, pues que necesitan ser monitorizados, oxigenoterapia y/o ventilación mecánica invasiva - no invasiva, hay diferentes diagnósticos que presentan este tipo de pacientes en los predominantes están las neumonías, embolismo pulmonar, status asmático, en el estudio realizado los diagnósticos respiratorios se presentan 12.5% de los pacientes que se les realiza el traslado intrahospitalario. En estos se pueden presentar diferentes eventos respiratorios durante la movilización disminución de la frecuencia respiratoria y SaO₂, desconexión del oxígeno entre otras diferentes situaciones.

El 37.5% de los diagnósticos presentes en los pacientes que se les realiza el traslado intrahospitalario son neurológicos. Existen diferentes complicaciones que se presentan durante la movilización de estos pacientes en el estudio complicaciones asociadas al transporte intrahospitalario de pacientes críticos⁴⁴ nos dicen pacientes con lesión cerebral se presentan efectos adversos en un 51%, especialmente aumento de la PIC.

Otras situaciones que se presentan durante el traslado intrahospitalario del paciente crítico con uno o más diagnósticos están relacionados con complicaciones como falta de energía del monitor, desconexión de infusiones, desplazamientos de sondas y drenajes, desconexión del ventilador mecánico.

En diversos estudios sobre el tema⁴⁵, las alteraciones fisiológicas que con más frecuencia se presentan son hipotensión arterial, arritmias cardiacas, hipoventilación y

⁴⁴ ALEGRÍA, Leyla. ROJAS, Noelia. Y VALENCIA, macarena. Complicaciones asociadas al transporte intrahospitalario de pacientes críticos. Revista chilena de medicina intensiva. 2009; vol. 24(3) 171-18. <https://docplayer.es/amp/33136255-Enfermeria-intensiva-i-congreso-panamericano-e-iberico-de-resumenes-de-trabajos-libres.html>

⁴⁵ GARCÍA GARCÍA, Pilar. ROMÁN VALDÉS, Juana. Y SUCH CLIMENT, M^a Ángeles. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. 2 edición. {en línea}. Disponible en: https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf

disminución de la saturación arterial de oxígeno, casi todos en pacientes en ventilación mecánica, y en algunos casos extubación accidental y parada cardiorrespiratoria.

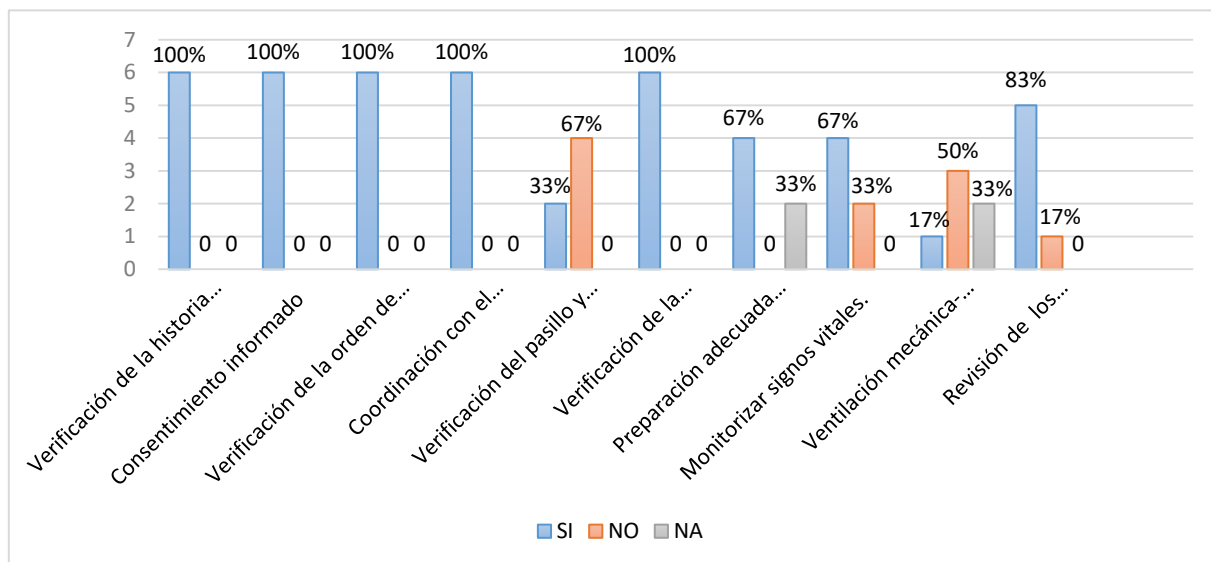
6.3. Preparación del paciente crítico para el traslado intrahospitalario

TABLA 4. Distribución porcentual de la Preparación para la ejecución del traslado de los pacientes en Estado crítico, en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

VERIFICACION DEL TRASLADO						
ANTES	SI	%	NO	%	NA	%
Verificación de la historia clínica	6	100	0	0	0	0
Consentimiento informado	6	100	0	0	0	0
Verificación de la orden de la prueba diagnóstica a realizar	6	100	0	0	0	0
Coordinación con el servicio receptor del paciente	6	100	0	0	0	0
Verificación del pasillo y ascensor libre	2	33.0	4	67.0	0	0
Verificación de la prescripción y administración de medicamentos de alto riesgo	6	100	0	0	0	0
Preparación adecuada para procedimiento	4	67.0	0	0	2	33
Monitorizar signos vitales.	4	67.0	2	33.0	0	0
Ventilación mecánica- aspiración de secreciones	1	17.0	3	50.0	2	33
Revisión de los dispositivos biomédicos (tubos endotraqueales, tubos de drenaje, sondas, accesos venosos centrales y periféricos, catéteres de presiones intracardiacas o intracraneales)	5	83.0	1	17.0	0	0

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 4. Distribución porcentual de la Preparación para llevar a cabo el traslado de los pacientes con un estado crítico, en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

En la tabla anterior, se puede apreciar la fase de preparación para realizar el traslado intrahospitalario, donde 100% del personal que realiza el traslado verifica la historia clínica, el consentimiento informado, la orden de la prueba diagnóstica, coordinación con el servicio receptor del paciente, verificación de la prescripción y administración de los medicamentos de alto riesgo y llama la atención que los pacientes con ventilación mecánica solo 17% le realizan la debida aspiración de secreciones.

Gonzales Paloma⁴⁶, dice en su estudio que los pacientes con que tienen ventilación mecánica tienen complicaciones menos frecuentes pero más graves ya que la respiración de paciente está totalmente o casi nula. Por esta razón se deben tomar medidas preventivas específicas en los pacientes comprobar la correcta adaptación del paciente al respirador. Aspirar secreciones previo traslado.

Estamos en total acuerdo, Teniendo en cuenta que la aspiración de secreciones es un proceso que permite mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer al

⁴⁶ Ibíd. p.14.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

intercambio gaseoso pulmonar por lo cual se debe garantizar al momento de realizar el traslado intrahospitalario de los pacientes con ventilación mecánica para evitar en lo menor posible eventos adversos o complicaciones durante el proceso de movilización.

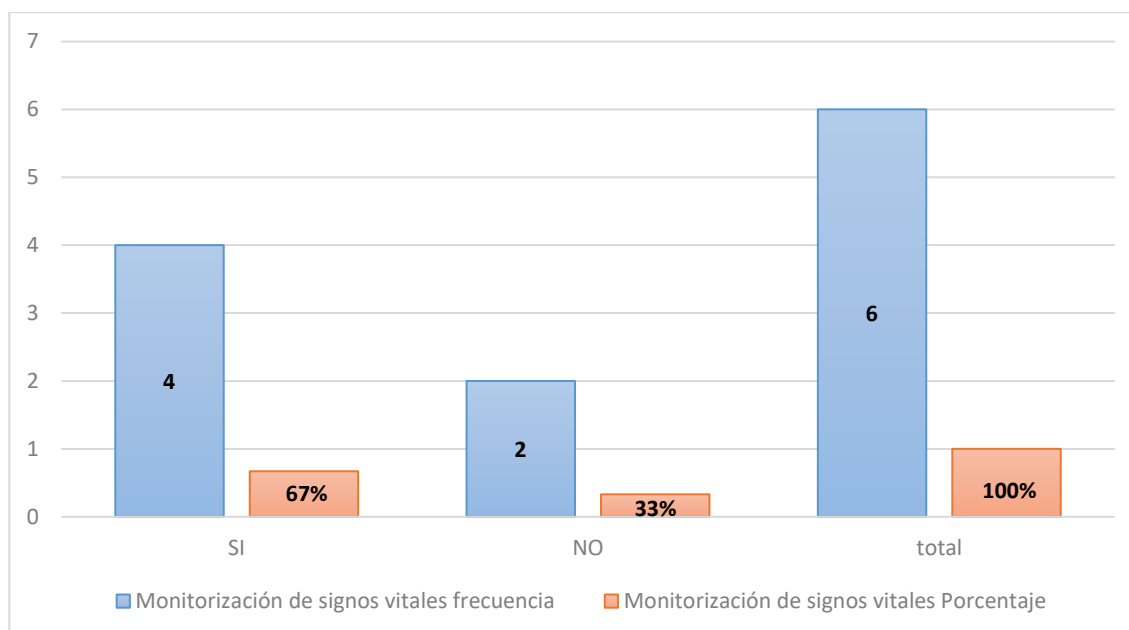
6.4. Actividades durante el traslado intrahospitalario del paciente crítico

TABLA 5. Porcentaje de cumplimiento de la monitorización del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

Monitorización de signos vitales		
Variable	frecuencia	%
SI	4	67.0
NO	2	33.0
total	6	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 5. Porcentaje de cumplimiento de la monitorización del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Según la tabla se evidencia el cumplimiento de la monitorización de las constantes vitales de los pacientes críticos durante el traslado intrahospitalario en un 67%, lo cual indica que el 33% no desarrolla esta actividad de forma adecuada.

González Paloma⁴⁷, describe la fase durante el transporte: la cual se deben controlar continuamente las constantes del paciente, así como verificar límites, parámetros y alarmas de los dispositivos como ventilador mecánico/monitor.

De acuerdo a los estudios revisados se evidencia en mayor proporción los eventos adversos, incidentes o fallas en la atención en salud debido a la monitorización y supervisión inadecuada, porque las principales complicaciones que se presenta durante la movilización intrahospitalario de los pacientes en estado crítico está relacionada con las constantes vitales puede presentarse alteración de una o todas las vez, entre las que más se presentan esta un aumento de la tensión arterial (hipertensión), una baja de tensión arterial (hipotensión), bradicardia, disminución en la saturación de oxígeno y hipoxia.

TABLA 6. Porcentaje de cumplimiento de la documentación del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

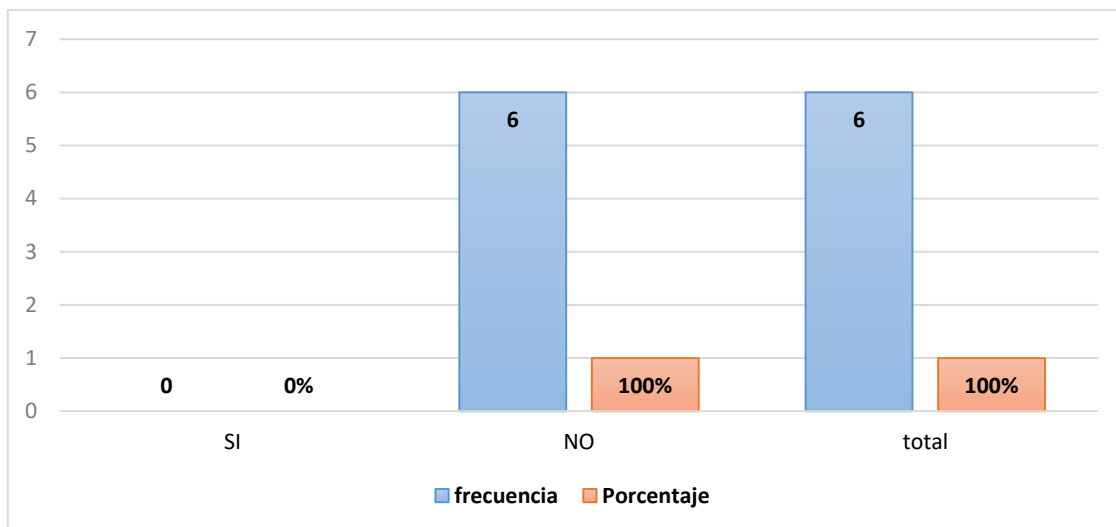
Documentar claramente el estado del paciente en historia clínica.		
Variable	frecuencia	%
SI	0	0
NO	6	100
total	6	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

⁴⁷ Ibid.p.11.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

Grafica 6. Porcentaje de cumplimiento de la documentación del paciente en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

De acuerdo a la tabla, se observa que la documentación clara del estado del paciente en la historia clínica no se cumple, debido a que durante el traslado solo se lleva la orden para dicho procedimiento o ayuda diagnóstica, dejando en de servicio la historia del paciente.

La importancia de documentar todos los aspectos durante el traslado es con el fin de disminuir los factores que afecten o contribuyan a la omisión, por falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, la sobrecarga en el trabajo diario que son las principales eventos de incidencia en los estudios encontrados.

Lamond⁴⁸, refiere que este evento adverso ocurre cuando se carece de una base metodológica que sustente los principios de la atención y que faciliten la organización

⁴⁸ENFERMERIA GLOBAL. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Vol. 15 Núm. 2 (2016): #42 - Abril pág. 335. {En línea}. {Consultado 10 de octubre 2019}. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/215791>

de la información y el reconocimiento del momento oportuno para la prestación del cuidado.

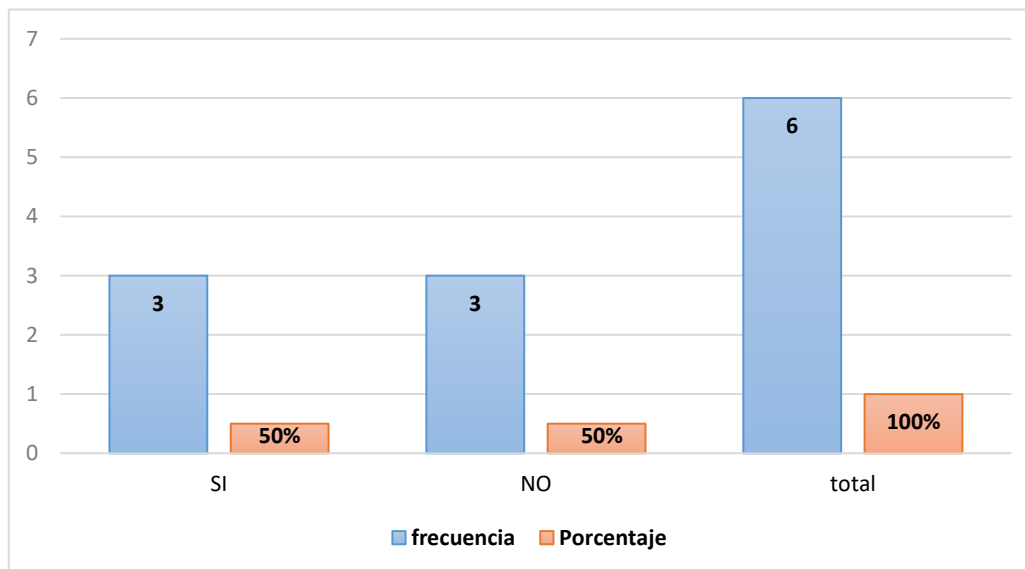
Se deben unificar criterios para garantizar cuidados. Dado que la prevención es la medida de seguridad más eficaz para evitar eventos adversos, se ha observado la necesidad de crear protocolos y checklist que unifiquen las medidas que se deben tomar, material a revisar, aspectos a tener en cuenta, especialmente antes del traslado para disminuir los factores de riesgo, al menos los modificables (como los fallos por material, principal factor de riesgo).

TABLA 7. Aplicación de medicamentos a pacientes durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

Administración de medicamentos		
Variable	Frecuencia	%
SI	3	50.0
NO	3	50.0
total	6	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 7. Aplicación de medicamentos a pacientes durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Según la tabla anterior, durante la fase del traslado y teniendo en cuenta el estado del paciente, su patología y posibles complicaciones se llevó a cabo la administración de medicamentos al 50% de los pacientes.

Durante el periodo de tiempo que se aplicaron las listas de chequeo la aplicación de medicamentos fueron de midazolam y atropina, los cuales aportan a la relajación y mejoran la frecuencia.

Ramírez Julián⁴⁹, describe las drogas vasoactivas que son agentes farmacológicos que inducen cambios en la resistencia vascular (vasoconstricción o vasodilatación), generando cambios en la presión arterial media (hipertensión o hipotensión). Los medicamentos vasoactivos comprenden vasopresores (aumentan la presión arterial), inotrópicos (mejoran la función miocárdica) e hipotensores algunos pacientes requieren

⁴⁹ RAMÍREZ Julián. Medicamentos vasoactivos. Blog: (en línea) disponible en: <http://jrminterna.blogspot.com/2012/02/perlasclinicas>.

ambos tipos de drogas en forma simultánea o en diferentes tiempos durante su internación.

Una de los primeros objetivos en el tratamiento de los pacientes críticos es restaurar y mantener una oxigenación tisular adecuada, ya que la hipoxia tisular juega un rol importante en el desarrollo de la disfunción orgánica múltiple, causa frecuente de muerte en la población de pacientes críticos. En los últimos años, se han investigado múltiples agentes farmacológicos con el objetivo de mejorar la evolución de los pacientes con deterioro hemodinámicos que se asocia con alteraciones de la perfusión tisular.⁵⁰

TABLA 8. Porcentaje de cumplimiento de la vigilancia de los medios invasivos durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

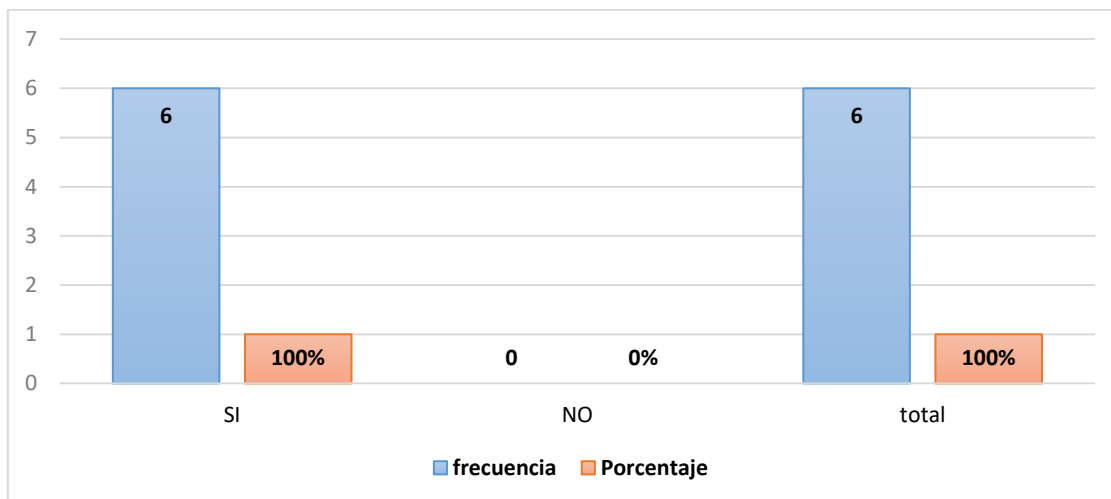
Vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente		
Variable	frecuencia	%
SI	6	100
NO	0	0
total	6	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 8. Porcentaje de cumplimiento de la vigilancia de los medios invasivos durante el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

⁵⁰ VILLARREAL, Ana María. Protocolo de enfermería en traslado intrahospitalario del paciente crítico con drogas vasoactivas. Especialización en enfermería en el cuidado del paciente crítico .Córdoba, Julio de 2016

[file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20\(2\).pdf](file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20(2).pdf)



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Según la tabla anterior, se evidencia el cumplimiento de la vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente durante el traslado en un 100%, cuyo dato es de gran satisfacción y demuestra el compromiso de los individuos que desarrollan esta actividad.

De acuerdo con González Merino Paloma⁵¹, La desconexión accidental: Aunque es bastante frecuente, 18.3%, lo consideramos un evento adverso menor si es de líneas/catéteres venosos o sondas, ya que no producen graves consecuencias y suele ser fácilmente reversible. Por otro lado, la extubación endotraqueal accidental es menos frecuente, 1.6%, pero sus consecuencias sí son más graves y suponen intervención de emergencia.

Medidas preventivas específicas que se deben tomar: comprobar antes de salir de la unidad la correcta conexión de vías, drenajes, sondas, y sobre todo, que esté bien ajustado el hiladillo del tubo endotraqueal.

⁵¹ *Ibíd.*p.16.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

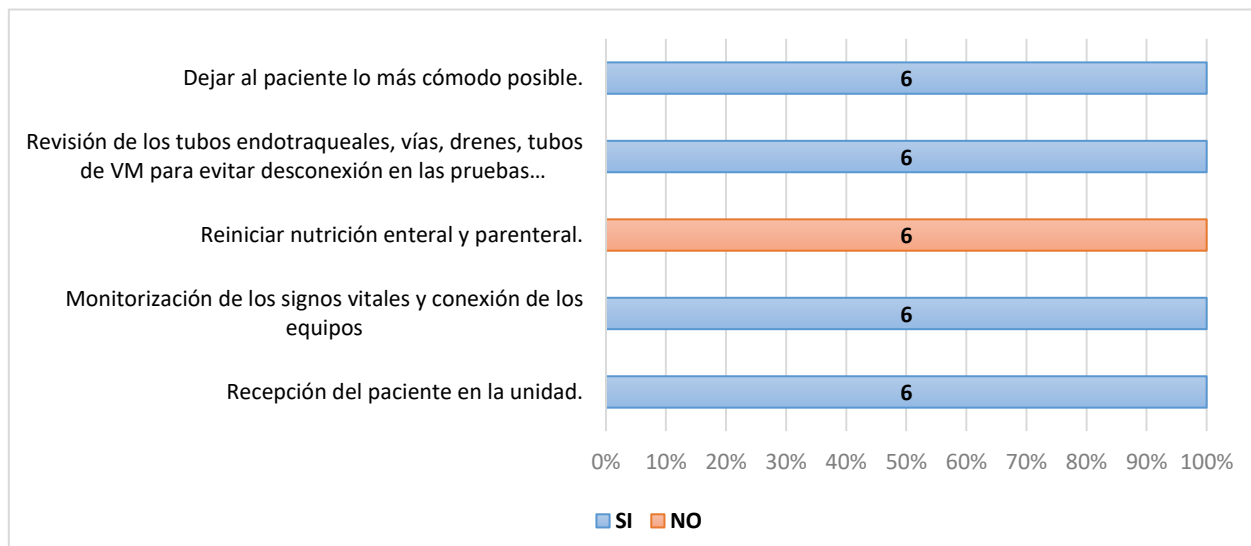
6.5. Cuidados del paciente crítico después del traslado intrahospitalario

TABLA 9. Porcentaje de cumplimiento de las actividades al regresar a la unidad crítica en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

VERIFICACION DEL TRASLADO				
DESPUES	SI	%	NO	%
Recepción del paciente en la unidad.	6	100	0	0
Monitorización de los signos vitales y conexión de los equipos	6	100	0	0
Reiniciar nutrición enteral y parenteral.	6	0	6	100
Revisión de los tubos endotraqueales, vías, drenes, tubos de VM para evitar desconexión en las pruebas diagnósticas.	6	100	0	0
Dejar al paciente lo más cómodo posible.	6	100	0	0

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 9. Porcentaje de cumplimiento de las actividades al regresar a la unidad en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Según la tabla anterior, el cumplimiento de recepción del paciente a la unidad, monitorización de las constantes vitales, revisión y conexión de equipos es del 100%, brindando así seguridad y confort al paciente.

De acuerdo con Portella, J. y Delgadillo, C⁵². 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.

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 estándares⁵³

Es por esto que se implementan en las instituciones las listas de chequeo, capacitación de los profesionales de enfermería quienes son los encargados de este procedimiento como se encuentra evidenciados en los estudios realizados y las Guías del Ministerio de salud, contribuyendo así al mejoramiento continuo de los servicios que se brindan y la calidad de la institución prestadora de servicios.

6.6. Población encargada de realizar el traslado intrahospitalario del paciente crítico

TABLA 10. Distribución porcentual del equipo de salud que realiza el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.

TALENTO HUMANO	FRECUENCIA	%
-----------------------	-------------------	----------

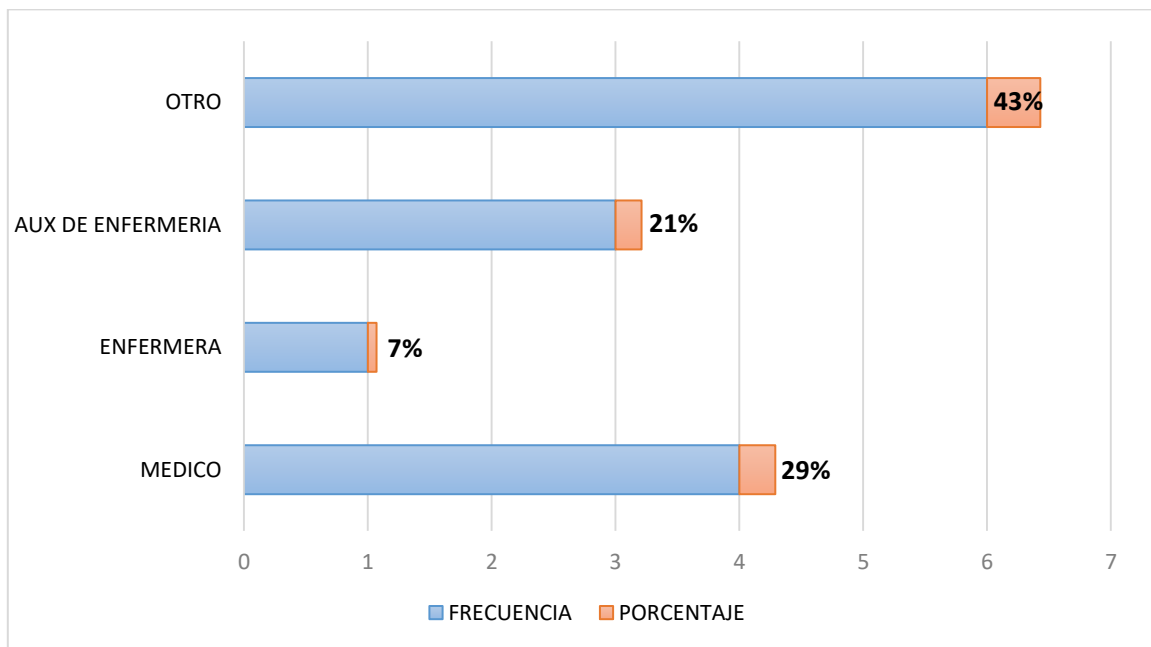
⁵² PORTELLA, J. DELGADILLO, C. Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. Medigraphic. Abril-Junio 2013. 36.(1):23-27.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131h.pdf>

⁵³ Ibíd. p.7.
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/765/Efectividad_CarmenVillafuerte_Giuliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MEDICO	4	29.0
ENFERMERA	1	7.0
AUX DE ENFERMERIA	3	21.0
OTRO	6	43.0
TOTAL	14	100

Fuente: base de datos instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Grafica 10. Distribución porcentual del equipo de salud que realiza el traslado en una IPS de III nivel de complejidad, Montería 2019.



Fuente: instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico.

Según la tabla anterior, 43% de los traslados los realiza el auxiliar clínico, 29% el médico, 21% auxiliar de enfermería y

Los traslados intrahospitalarios de pacientes en estado crítico involucra principalmente a los profesionales de enfermería pues son los encargados de ejecutar este procedimiento de una manera segura por todos los cuidados que hay que tener presentes al momento de movilizar a un paciente fuera de la unidad crítica, según nuestro estudio la enfermera tiene un 7% de participación en esta actividad.

Lo anterior mente dicho no concuerda con el estudio de Gonzáles P.⁵⁴ Donde sustenta que el traslado intrahospitalario implica una serie de riesgos, complicaciones donde enfermería entra a jugar un papel importante pues es la que se encarga del cuidar, acompañar, estabilizar y valorar al paciente crítico en todo momento, así como detectar los eventos adversos durante el traslado intrahospitalario.

La Guía práctica de enfermería en el paciente crítico⁵⁵ dice que para movilizar a un paciente crítico fuera de las UCI se presentan diferentes razones entre las principales esta realización de pruebas diagnósticas. El traslado intrahospitalario de un paciente crítico se torna complicado por lo cual es necesario una detallada planificación, el paciente debe estar acompañado siempre por lo menos de una enfermera y de un médico intensivista y si la condición del paciente es demasiado crítica la colaboración de una auxiliar de enfermería e incluso de otra enfermera.

Estudio realizado el 29% del acompañamiento en el traslado lo realizan los médicos lo cual concuerda en una parte con lo dicho anteriormente.

En el estudio realizado por Alegría I. Rojas N. y Valencia M.⁵⁶ refiere que las complicaciones relacionadas con los fallas de equipos tecnológicos, desconexiones de

⁵⁴ Ibíd.p.7.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

⁵⁵ GARCÍA, Pilar. ROMÁN VALDÉS, Juana. Y SUCH CLIMENT, M^a Ángeles. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. 2 edición. {En línea}. Disponible en: https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf

⁵⁶ Ibíd. p.1.

quipos entre otros, se Presentan en un 50% de los transportes intrahospitalarios de pacientes en estado crítico. Los cuales pueden ser disminuidos con el personal capacitado se sugiere de la presencia de dos profesionales de la salud durante el traslado intrahospitalario una enfermera y un médico o un terapeuta respiratorio.

<https://docplayer.es/amp/33136255-Enfermeria-intensiva-i-congreso-panamericano-e-iberico-de-resumenes-de-trabajos-libres.html>

7. CONCLUSIONES.

Se determinó en primera instancia que a los pacientes que se les realizan traslados intrahospitalarios se encuentran en la misma cantidad de sexo masculino y femenino en edades de 20 a 39 años, presentándose mayor frecuencia los diagnósticos de politraumatismos y posoperatorios.

Frente a la evidencia recaudada se deduce que el cumplimiento de las guías de práctica clínica del ministerio de salud se presenta de manera inadecuada durante el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Por el incumplimiento de aspectos durante las fases del traslado que se evidencia en las listas de verificación.

Por último se identificaron diferentes factores de riesgo teniendo en cuenta las normas vigentes del Ministerio de salud durante la ejecución del traslado intrahospitalario de los pacientes críticos. Los profesionales de enfermería estuvieron presentes en uno de los seis traslados, lo que indica que no se está cumpliendo con lo establecido en las normas, se están delegando funciones a otros integrantes del equipo de salud y el papel de la enfermera es fundamental debido a que es la encargada de ejecutar el traslado intrahospitalario del paciente crítico, la valoración y detección precoz de complicaciones y/o eventos adversos durante este proceso. Otro factor de riesgo es la falta de un protocolo estandarizado en la IPS para el traslado intrahospitalario de los pacientes en estado crítico, contar con equipos en buen estado y el necesario para realizar dichos traslado.

8. RECOMENDACIONES.

En la investigación realizada y los resultados obtenidos mediante la aplicación de la lista de chequeo (instrumento de verificación para el traslado intrahospitalario del paciente crítico) durante los traslados intrahospitalarios del paciente crítico en una IPS de III nivel de complejidad en un periodo de tiempo, nos permitimos formular las siguientes recomendaciones.

PARA LA INSTITUCIÓN DE SALUD

- ✓ Elaborar y estandarizar un protocolo según la norma vigente ministerio de salud para el desarrollo del traslado intrahospitalario de los pacientes críticos.
- ✓ Capacitación continua del equipo interdisciplinario de salud en traslado intrahospitalario de los pacientes críticos y cuidados críticos para disminuir los factores de riesgos y/o complicaciones.
- ✓ Evaluar el riesgo/beneficio de los pacientes antes de realizar el traslado.

PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- ✓ Capacitación permanente del personal.
- ✓ Fortalecer la comunicación entre los profesionales de la salud para mitigar eventos adversos
- ✓ Verificar la disponibilidad de todos los recursos técnicos y humanos necesarios.
- ✓ Revisión de las constantes vitales antes, durante y después del traslado
- ✓ Supervisión continúa de los equipos que lleve el paciente.
- ✓ Documentar en la historia clínica las actividades realizadas durante las tres fases del traslado
- ✓ Verificar las instalaciones antes de realizar el trabajo.

PARA LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

- ✓ Brindar capacitación al personal asistencial sobre traslado intrahospitalario de pacientes críticos de acuerdo a los protocolos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social; para luego promover la implementación y aplicación de un registro de verificación mediante el convenio docencia - servicio y la asignatura de educación para la salud y/o estudiantes que desarrollen sus pasantías en la institución.

9. ANEXOS

A)



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA



Montería, septiembre 3 de 2019

Doctor
WILLIAM MONTES SUAREZ
Subdirector Científico ESE Hospital San Jerónimo
Ciudad

Asunto: Solicitud aval Institucional

De manera atenta me dirijo a usted con el fin de solicitar Aval institucional para la realización de la investigación "Traslado seguro intrahospitalario del paciente crítico, en un hospital de III nivel de complejidad Montería 2019" la cual será realizada por las estudiantes de enfermería, Liliana Vertel I y María Morelo V y dirigida por la MSc. Irina Campos Casarrubia

Esperamos contar con su apoyo y colaboración para el desarrollo de esta investigación.

Cordialmente,


NEILA BERROCAL NARVAEZ
Docente asignatura trabajo de grado


UoB

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



INSTRUMENTO DE VERIFICACION PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO

Nombre y apellidos: _____ H. Clínica: _____ Fecha de ingreso: _____ Diagnóstico: _____ Edad: _____ Sexo: _____ servicio: _____	SIGNOS VITALES Salida: FC: _____ FR: _____ T: _____ T.A: _____ Otros: _____ Durante: FC: _____ FR: _____ T: _____ T.A: _____ Otros: _____ Llegada: FC: _____ FR: _____ T: _____ T.A: _____ Otros: _____	MEDIOS INVASIVOS Sonda nasogástrica ____ Catéter: Central ____ Catéter PIC ____ Sonda orogástrica ____ Tubo a tórax _____ Oxígeno _____ Sonda vesical ____ Traqueotomía ____ Otro _____
--	--	--

ANTES	SI	NO	NA	DURANTE	SI	NO	NA	DESPUÉS	SI	NO	NA
Verificación de la historia clínica				Monitorización de las constantes vitales				Recepción del paciente en la unida.			
Consentimiento informado				Documentar claramente el estado del paciente en historia clínica.				Monitorización de los signos vitales y conexión de los equipos			
Verificación de la orden de la prueba diagnóstica a realizar											
Coordinación con el servicio receptor del paciente											
Verificación del pasillo y ascensor libre				Vigilancia de los dispositivos invasivos del paciente				Reiniciar nutrición enteral y parenteral.			
Verificación de la prescripción y administración de medicamentos de alto riesgo											
Preparación adecuada para procedimiento				Administración de medicamentos				Revisión de los tubos endotraqueales, vías, drenes, tubos de VM para evitar desconexión en las pruebas diagnósticas.			
Monitorizar signos vitales.											
Ventilación mecánica- aspiración de secreciones											
Revisión de los dispositivos biomédicos (tubos endotraqueales, tubos de drenaje, sondas, accesos venosos centrales y periféricos, catéteres de presiones intracardiacas o intracraneales)								Dejar al paciente lo más cómodo posible.			

TRASLADO REALIZADO POR:

Medico: _____	Enfermera: _____	Auxiliar de enfermería: _____	Otro: _____
---------------	------------------	-------------------------------	-------------

OBSERVACIONES:

¿En qué horario sucedió el evento adverso o el incidente? • 7am – 10am _____ • 10am – 1pm _____ • 1pm – 4pm _____ • 4pm – 7pm _____ • 7pm – 10pm _____ • 10pm – 1am _____ • 1am – 4am _____ • 4am – 7am _____	¿Dónde ocurrió el incidente? • Dentro de la UCI _____ • Durante el transporte _____ • Durante un procedimiento fuera de la UCI _____	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO Riesgo de caída ____ UPP ____ Trombosis venosa ____ Infección ____ Sangrado gastrointestinal _____
--	--	--

Elaborada mediante la revisión bibliográfica de traslado intrahospitalario del paciente crítico.
 Autoras: María Camila Mórelo Vásquez, Liliana Patricia Vertel Izquierdo – Directora: Mg. Irina Maudith Campos Casarrubia.

BIBLIOGRAFÍA

ALEGRÍA, Leyla. ROJAS, Noelia. Y VALENCIA, macarena. Complicaciones asociadas al transporte intrahospitalario de pacientes críticos. Revista chilena de medicina intensiva. 2009; vol. 24(3) 171-18.

<https://docplayer.es/amp/33136255-Enfermeria-intensiva-i-congreso-panamericano-e-iberico-de-resumenes-de-trabajos-libres.html>

BANCALERO MOLINA, Juan Manuel. MANZANO MATILLAS, Encarnación. DE JUAN BERNAL, Inmaculada. Procedimientos de enfermería en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. En: Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Julio - agosto de 2009, no. 8, p. 7. Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2009/pagina7.html>

BENITES LAURENTE, Tania Stefanie. ESCURRA TAPARA, Jenny, y LAGUNA TORRES, Gina Valery. Aplicación de una guía de traslado intrahospitalario en paciente crítico para la prevención de eventos adversos de la clínica peruano japonesa – 2018. Lima. 2018. p38. Trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en cuidados intensivos. Universidad Cayetano Hereida. Departamento de salud.

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4352/Aplicacion_BenitesLaurente_Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CARRILLO, Marie J. y CARDOSO DE SOUSA, Regina M. Deterioro fisiopatológico y Mortalidad de pacientes críticos Adultos sometidos a traslado Interhospitalario. Rev Chil Salud Pública 2018; Vol. 22 (1): 51-62. [En línea]. [12 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://revista.saludpublica.uchile.cl.pdf/resultados-de-mortalidad-en-pacientes-criticos-adultos>.

CAMPOVERDE CORDERO, Carlos Juanito. 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. Ecuador. 2017. p86. Trabajo de investigación (Título de Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.). Universidad central del ecuador. Facultad de ciencias médicas. Instituto superior de posgrado.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11907/1/T-UCE-0006-001-2017.pdf>

COLOMBIA. FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Protocolo de Seguridad del Paciente.

<https://www.fbscgr.gov.co/index.php?idcategoria=6388&download=Y>

COLOMBIA. MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL. LEY 266 DE 1996. (Enero 25).

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006. 3 de abril de 2006.

http://www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=G-ws_vtWMeY%3D&tabid=122

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION 8430 DE 1993. (Octubre 4).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1011 de 2006. 3 ABR 2006.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico. Paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. P.26-27.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Sistema de reportes de seguridad en la unidad de cuidados intensivos. Paquetes instruccionales, guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 DE 1993. Diciembre 23 de 1993.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

CROSARA, Daniel. Traslado intrahospitalario del paciente crítico, simposio 2012. {En línea}. {5 de mayo 2019}.

Disponible en: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1447/c.pdf

ENFERMERIA GLOBAL. Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Vol. 15 Núm. 2 (2016): #42 - Abril pág. 335. {En

línea}. {Consultado 10 de octubre 2019}. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/215791>

ESPAÑA. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL TXAGORRITXU. Guía de práctica clínica de cuidados críticos de enfermería.

<https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2018/04/criticos-seeiuc.pdf>

FUKUDA H. et al. Impacto de las actividades a nivel del sistema y el diseño de informes sobre la cantidad de informes de incidentes para la seguridad del paciente.2010. {En línea}. {29 junio de 2019}. Disponible

en:<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.908.3766&rep=rep1&type=pdf>

GARCÍA DE LORENZO Y MATEOS, Abelardo. Introducción a la medicina crítica y a la uci para el estudiante de medicina. {En línea}. {5 octubre 2019}.

<http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/07/guia-de-introduccion-a-la-medicina-critica-y-a-la-uci-para-el-estudiante-de-medicina.pdf>

GARCÍA GARCÍA, Pilar. ROMÁN VALDÉS, Juana. Y SUCH CLIMENT, M^a Ángeles. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. 2 edición. {En línea}. Disponible en:
https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com/2017/02/manual_criticos.pdf

GONZÁLEZ, Paloma. Incidencia y prevención de eventos adversos en el traslado intrahospitalario del paciente crítico. Implicación de la enfermería. Valladolid, España. 2017. 35p. Grado en enfermería. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería.<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24648/TFGH931.pdf;jsessionid=3E21B3C39BBB782323A6728A20F4EE6D?sequence=1>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. Sexta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.2013.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

NOA HERNÁNDEZ, J. et al. Transporte intrahospitalario del paciente grave, Necesidad de una guía de actuación. En: Enfermería intensivista. Abril - junio 2011, vol.22. no. 2, p. 59 - 92.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-transporte-intrahospitalario-del-paciente-grave--S1130239910001033#bib0010>

MELGAREJO URENDEZ, A. BERNAR ADELL, M. y LORENTE GARCIA, P. Análisis de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario del paciente crítico. Listado de verificación. Revista Elsevier medicina intensivista. Vol. 25. Núm. 2. Páginas 35-78 (Abril - Junio 2014). Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-eventos-adversos-asociados-al-S1130239914000303>

MÉNDEZ SÁNCHEZ, Ana B, TÉLLEZ PORCUNA, Manuel A. Uso de un checklist en el transporte intrahospitalario de pacientes críticos” Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://congreso-enfermeria.es/libros/2016/sala4/5952.pdf>

PORTELLA, J. DELGADILLO, C. Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. Medigraphic. Abril-Junio 2013. 36.(1):23-27. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131h.pdf>

RAMÍREZ Julián. Medicamentos vasoactivos. Blog: (en línea) disponible en: <http://jrminterna.blogspot.com/2012/02/perlasclinicas>.

VERGARA OLIVARES, José M. et al. Transporte del paciente crítico. {En línea}. {5 de mayo 2019}. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/transpor.pdf>

VILLA REAL, Ana María. Protocolo de enfermería en el traslado interhospitalario del paciente crítico con drogas vaso activas. Córdoba, julio del 2016. p19. Trabajo de grado (especialización en enfermería en el cuidado del paciente crítico). Universidad nacional de Córdoba, Facultad de ciencias médicas. [file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20\(2\).pdf](file:///E:/Users/user/villarreal-ana-maria%20(2).pdf)